



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HOITAJIEN KOKEMUKSIA KIVUN HOI- DOSTA SAATTOHOITOTYÖSSÄ

Leena Perälä

Aura Toivola

Opinnäytetyö
Toukokuu 2017
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutus

PERÄLÄ LEENA & TOIVOLA AURA:
Hoitajien kokemuksia kivun hoidosta saattohoitotyössä

Opinnäytetyö 52 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Toukokuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia saattohoitotyöstä sekä saattohoitopotilaiden kivun hoidosta. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten hoitajat kokevat saattohoitopotilaan kivun hoidon, millä eri tavoin saattohoitopotilaan kipua arvioidaan ja millaisia kokemuksia hoitajilla on saattohoitotyöstä. Tavoitteena oli lisätä tietoa kivun hoidosta ja arvioinnista saattohoitopotilailla. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa perusterveydenhuollon käyttöön saattohoitotyöstä, kivun hoidosta ja arvioinnista saattohoitopotilailla, ja että tietoa voidaan käyttää yksikön hoitotyön kehittämässä. Aihe rajattiin koskemaan aikuispotilaita. Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, ja aineisto kerättiin teemahaastatteluilla kahdeksalta vuodeosaston hoitajalta.

Tulosten perusteella hoitajat kokivat, että saattohoitopotilaiden kivun hoito on kokonaisuudessaan laadukasta. Keskeisiksi kivun hoidon menetelmiksi nousi oireiden hoito ja henkisen kärsimyksen lievittäminen. Lääkkeellisessä kivun hoidossa korostui hoitajan ja lääkärin saumaton yhteistyö. Ajanpuute koettiin hankaloittavan laadukkaan hoitotyön toteuttamista sekä kivunhoidon että sen arvioinnin osalta. Kipua arvioitiin potilaan eleistä sekä hoitajan kokemuksen tuomalla osaamisella. Hoitajat kuitenkin kaipasivat yhtenäisempää kivun arviointia ja kirjaamista yksikköön. Saattohoitotyön hoitajat kokivat osittain raskaana, mutta kuitenkin mielekkäänä työnä. He nostivat esille aikaisemman saattohoitopäätöksen helpottavan hoitotyön organisointia. Saattohoidossa vahvasti mukana olevat omaiset koettiin voimavarana, mutta myös omana haasteenaan.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa lisäkoulutuksia perusterveydenhuoltoon. Hoitotyön kehittämiseksi osastolla voitaisiin suunnitella yhtenäisiä toimintamalleja kivun arviointiin ja kirjaamiseen. Pitkäaikaisemman omahoitajuuden kehittäminen helpottaisi myös hoitotyön toteuttamista. Jatkossa olisi tärkeää tutkia omaisten kärsimyksiä saattohoitopotilaan kivun hoidosta tai perehtyä syvällisemmin henkisen kärsimyksen kokemuksiin.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

PERÄLÄ LEENA & TOIVOLA AURA:
Nurses' Experiences of Analgesia in Terminal Care

Bachelor's thesis 52 pages, appendices 5 pages
May 2017

The purpose of this study was to describe nurses' experiences of terminal care and analgesia in terminal care. The research questions were to examine how nurses experience analgesia in terminal care patients, in which different ways nurses assess the pain terminal care patients' experience and what kind of experiences nurses have of terminal care. The aim was to increase knowledge about analgesia and pain assessment in terminal care. The aim was also to produce knowledge about terminal care, analgesia and pain assessment to primary health care so it can be used to develop nursing in the ward. The study was conducted utilising a qualitative research method. The data were collected by interviewing eight nurses in the ward.

According to the study, the quality of analgesia in terminal care patients is high. The study showed that an early transition to terminal care would ease nursing. The patients' immediate families were recognized as a resource and challenge in nursing. The results showed that nurses wished for more uniform pain assessment and registering.

The results can be utilised in education and in developing a tool for pain assessment and registering in the ward. A potential subject for further study would be to examine the immediate families' experiences of analgesia in terminal care. It would also be interesting to study the patients' mental pain more profoundly.

Key words: nursing, terminal care, pain, analgesia

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1.	Saattohoitotyö	7
2.2.	Saattohoitopotilaan kipu	9
2.2.1	Fyysinen kipu	10
2.2.2	Kivun kokemus	12
2.3.	Kivun hoito osana saattohoitotyötä.....	14
2.3.1	Lääkkeellinen kivun hoito	15
2.3.2	Lääkkeetön kivun hoito	17
2.4.	Saattohoitopotilaan kivun arviointi.....	18
2.5.	Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	20
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	22
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	23
4.1.	Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	23
4.2.	Aineiston keruu.....	23
4.3.	Aineiston analyysi.....	25
5	TULOKSET	28
5.1.	Kokemuksia saattohoitotyöstä	28
5.2.	Kivunhoitotyö ja kivun kokemus.....	31
5.3.	Kivun arviointi yksikössä	34
6	POHDINTA.....	36
6.1.	Tulosten pohdinta	36
6.2.	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	40
6.3.	Eettisyys ja luotettavuus	41
6.4.	Opinnäytetyöprosessi.....	43
	LÄHTEET.....	44
	LIITTEET	48
	Liite 1. Haastattelun teemat.....	48
	Liite 2. Tietoinen suostumuslomake	49
	Liite 3. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä.....	52

1 JOHDANTO

Väestön ikääntymisen myötä saattohoitopotilaiden määrän ennustetaan nousevan ja jo nyt Suomessa hoidetaan vuosittain noin 15 000 saattohoitopotilasta (Pihlainen 2010, 13). Saattohoitoon johtavien sairauksien laadusta ja vakavuudesta johtuen kipuja on suurella osalla potilaista, ja siksi kivun hoitoon ja arviointiin on kiinnitettävä erityistä huomiota saattohoitopotilailla (Tasmuth, Poukka & Pöyhä 2012, 451,454). Saattohoidon tavoitteena on taata saattohoidossa olevalle potilaalle arvokas, mahdollisimman oireeton ja elämäntäyteinen loppuelämä sekä hyvä kuolema. Tähän kuuluu suurena osana hyvä kivunhoito. (Kamppari 2014, 7, 30; Tasmuth ym. 2012, 450, 452.) On arvioitu, että 67-80% levinnyttä syöpää sairastavista potilasta kärsii kivuista. Jatkuvalle kivulla on suuri merkitys saattohoitopotilaan elämänlaadun heikkenemisessä, toimintakyvyn laskussa ja masennuksen syntymisessä. (Hänninen 2003, 71,73.)

Valtakunnallisesti kivun hoidon ja arvioinnin tutkimiseen on kiinnitetty paljon huomiota viime vuosikymmenenä. Ajatus potilaiden kokeman kivun tutkimisesta kumpuaa tarpeesta kehittää parempaa kivunhoitoa ja potilashoitoa. (Koivusalo 2016.) Opinnäytetyön työelämäyhteys on myös pyrkinyt viime vuosina kehittämään saattohoitotyötä yksikössään. Tämän vuoksi heiltä nousi tarve saada tietoa hoitajien tämänhetkisistä ajatuksista ja kokemuksista saattohoitotyöstä ja kivun hoidosta saattohoitopotilailla.

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden (1996) mukaan potilaan kärsimysten lievittäminen ja sairauksien hoitaminen ovat keskeisiä päämääriä hoitajan työssä. Saastamoinen (2012, 28) nostaa esille tutkimuksessaan sairaanhoitajan tärkeän roolin saattohoidon osaajana, sillä he ovat useasti läheisessä kontaktissa potilaaseen. Hoitajien tulee siis osata arvioida kipua ja hoitaa sitä niin, että potilaan kärsimykset lievittyvät. Siksi onkin erityisen tärkeää selvittää aihetta erityisesti hoitajien näkökulmasta ja ajatuksia aiheeseen liittyen. Opinnäytetyö toteutettiin erään terveyskeskuksen vuodeosastolla työskenteleviä hoitajia haastatellen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia saattohoitotyöstä sekä saattohoitopotilaiden kivun hoidosta. Olemme rajanneet saattohoitopotilaan tarkoittamaan opinnäytetyössämme vain aikuisia sekä ikääntyneitä potilaita. Tehtävänä on selvittää,

mitä kokemuksia hoitajilla on saattohoitotyön toteuttamisesta sekä saattohoitopotilaan kivun hoidosta. Tehtävänä on myös selvittää millä eri tavoin hoitajat arvioivat saattohoitopotilaan kipua. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa kivun hoidosta ja arvioinnista saattohoitopotilailla. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa perusterveydenhuollon käyttöön saattohoitotyöstä, kivun hoidosta ja arvioinnista saattohoitopotilailla, jota voidaan käyttää yksikön hoitotyön kehittämisessä.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyöhön valittiin teoreettisiksi lähtökohdiksi käsitteet saattohoitotyö, kipu, kivun hoito ja kivun arviointi. Näiden käsitteiden sisälle jakautuu kaikki olennainen tieto, jota tarvitaan kertomaan opinnäytetyön taustoista ja aiemmasta tutkimustiedosta aiheeseen liittyen.

2.1. Saattohoitotyö

Saattohoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan hoitoa, jonka tavoitteena on potilaan kärsimysten lieventäminen. Saattohoidossa on vahvasti mukana potilaan läheisten tukeminen ja huomioiminen. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 20.) Anttonen (2016, 55,57) määrittelee toimivan saattohoidon kokonaisuudeksi, jossa potilas, perheenjäsenet ja hoitohenkilökunta toimivat yhdessä yksilöllisen hoidon takaamiseksi. Hän myös kuvailee hyvän kuoleman kokonaisuutena, jossa potilas kohdattiin omana itsenään ja hän sai niin hyvää hoitoa kuin mahdollista. Tutkimuksessaan hän myös yhdistää hyvään kuolemaan sekä potilaan läheisten, että hoitohenkilökunnan tukemisen saattohoitoprosessin aikana ja sen jälkeen. Saattohoitopotilas kokonaisuudessaan on ihminen, joka sairastaa pahanlaatuista, levinnyttä ja etenevää sairautta eikä tätä sairautta voi parantaa. Saattohoitopotilaan elinaikaa ei voida hoidolla pidentää eikä hoito riipu diagnoosista. (Hänninen 2003, 21.)

Saattohoidon voidaan ajatella kuuluvan palliatiiviseen hoitoon, joka tarkoittaa oireita lieventävää hoitoa (Surakka, Mattila, Åsted-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 5). Erona voidaan kuitenkin pitää sitä, että palliatiivista hoitoa voidaan jatkaa montakin vuotta, kun taas saattohoito on vahvasti kytköksissä potilaan kuoleman läheisyyteen (Heikkinen ym. 2004, 18—19).

Saattohoitoon siirtyminen on eettinen päätös siitä, että ihmistä ei voida enää parantaa (Vainio & Hietanen 2004, 18). Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri mahdollisuuksien mukaan yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa päätöstä tehdessä ja huomioida saattohoitopäätöksen vaikutus potilaan hyvinvointiin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008; Jyrkkiö & Hietanen 2015; Hänninen

2003, 21.) Päätökseen saattohoidosta siirrytään vähitellen, kun potilaan sairaus etenee siihen vaiheeseen, ettei paranemisen mahdollisuutta ole (Heikkinen ym. 2004, 24). Erjanin, Anttosen, Grönlundin ja Kiurun (2014, 43—44) tutkimuksen tulosten perusteella tehtiin johtopäätös, että tällä hetkellä suomessa saattohoitopäätösten tekeminen on riittämättömää ja päätöksiä tehdään viiveellä. Tutkimuksessa nostettiin esiin myös, että hoitotahto pitäisi kirjata paljon aikaisemmassa vaiheessa, ennen kun potilas on jo huonossa kunnossa.

Saattohoitoa järjestetään ensisijaisesti perusterveydenhuollossa esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla ja mahdollisuuksien mukaan saattohoitopotilaan kotona. Potilaan hoitoympäristöön vaikuttaa muun muassa potilaan oma tahto ja hänen fyysinen vointinsa. (Heikkinen ym. 2004, 102; Hänninen 2001, 69,73.) Myös potilaan asuinpaikalla on vaikutusta hoitoympäristöön, sillä esimerkiksi saattohoitokoteja on Suomessa tällä hetkellä vain neljä ja ne sijaitsevat Helsingissä, Turussa, Tampereella ja Hämeenlinnassa (Syöpäjärjestöt). Potilaan hoitoympäristön pitäisi olla rauhallinen ja yksilöllinen, vaikka potilas kävisikin kotona osastojaksojen välissä. Jatkuva henkilöstön koulutus takaa ammattilaisille parhaimmat valmiudet saattohoidon toteuttamiselle. (Vainio & Hietanen 2004, 323, 328.) Saattohoidon toteutumiseen potilaan kotona tarvitaan käytännössä vähintään yksi potilaan hoitoon osallistuva omainen. Potilaan ja hänen läheisensä tulee voida olla yhteydessä potilasta hoitaviin ammattihenkilöihin kaikkina vuorokauden aikoina, sekä potilaalla pitää olla mahdollisuus siirtyä tarvittaessa osastolle, riippumatta vuorokauden ajasta. (Pihlainen 2010, 25.)

Saattohoidossa potilaan hyväksi työskentelee monialainen työryhmä (Heikkinen ym. 2004, 126; Vainio & Hietanen 2004, 224; Hänninen 2001, 61). Mahdollisia saattohoitotiimissä työskenteleviä ovat muun muassa potilaan läheiset, hoitajat, lääkärit, psykologit, sosiaalityöntekijät, uskonnolliset toimijat sekä vapaaehtoiset (Ridanpää 2006, 78). Saattohoitopotilasta hoitavan lääkärin tehtävä on muun muassa määritellä potilaan hoitolinjaukset yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Lääkärille on tärkeää saada tietoa hoidon vaikuttavuudesta, esimerkiksi kivun hoidon riittävydestä. Hoitajan vastuulla onkin kirjata potilasasiakirjoihin juuri esimerkiksi kivunhoidosta ja sen vaikuttavuudesta. (Surakka ym. 2015, 136.) Saastamoinen (2012, 29) kertoo tutkimuksessaan hoitajan tärkeimpinä tehtävinä saattohoidossa olevan perushoito sekä peruselintoiminnoista huolehtiminen. Hän rinnastaa tähän myös kivunhoidon ja kärsimysten poistamisen.

European Association for Palliative Care (EAPC) on Euroopan maissa toimiva palliativisen hoidon järjestö, joka tuo tietoisuutta palliativisesta hoidosta. Järjestö tekee yhteistyötä erilaisten alan osaajien kanssa. (European Association of Palliative Care.) Suomessa toimii Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys (SPHY ry), jonka perimmäisenä tarkoituksena on kehittää saattohoidon moniammatillisuutta (Suomen Palliativisen hoidon yhdistys ry). Se on myös laatinut palliativisen asiantuntijuuden kriteerit vuonna 2011 (Surakka ym. 2015, 9).

Palliativisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit

1. Itsensä kehittämisen osaaminen
2. Eettinen osaaminen
3. Palliativisen hoitotyön osaaminen
4. Saattohoidon osaaminen
5. Ohjaus- ja opetusosaaminen
6. Vuorovaikutus- ja kohtaamisosaaminen
7. Palliativisen hoitotyön tutkimus- ja kehittämisosaaminen
8. Moniammatillisen yhteistyön osaaminen
9. Palliativisen hoitotyön organisoimisen ja johtamisen osaaminen
10. Kansainvälisyysosaaminen

KUVIO 2. Palliativisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit (Anttonen, Lehtimäki & Murtonen 2011, muokattu).

2.2. Saattohoitopotilaan kipu

Yksi kuolemaan johtavaa sairautta sairastavien potilaiden eniten pelkäämä oire on kipu. Se on epämiellyttävä ja pelottava aistimus, joka aiheuttaa usein huomattavaa kärsimystä. (Finne-Soveri 2015.) Kansainvälinen kivun tutkimusyhdistys on määritellyt kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen kudosaivurio (Merskey & Baranowski 2011). Määritelmään on myöhemmin lisätty, että myös henkilö joka ei pysty puheella ilmaisemaan kipua voi silti kokea sitä (Vainio, Saarto, Hänninen, & Antikainen 2015, 47). Vainio (2009, 15) täydentää teoksessaan, että kipua voidaan tarkastella elämyksen sekä kudosaivurion perspektiivistä. Hänen mukaansa kivun luonnetta tutkiessa tulisikin ajatteluun yhdistää kysymys ruumiin ja sielun suhteesta.

Yleisimmistä saattohoitoon johtavista sairauksista huomattavaa kipua ja kärsimystä aiheuttaa loppuvaiheessa esimerkiksi syöpä, sydämen vajaatoiminta, AIDS ja keuhkohtaumatauti (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008). Ainakin 64% loppuvaiheen syöpää sairastavista potilasta kärsii kivuista (Vainio ym. 2015, 15). Toisaalta Kampparin toimittamassa teoksessa Saattohoidon arki ja pyhä (2014, 30) on kerrottu, että jopa 35-96% loppuvaiheen syöpäpotilasta kärsii kivuista. Samassa teoksessa kerrotaan myös, että sydänsairauksia tai keuhkohtaumatautia sairastavista potilaista enimmillään jopa 77%:lla esiintyy kipuja. Näillä potilailla kipu on usein pysyvää ja kroonista, sekä kuoleman lähestyessä pahenevaa. Tämän vuoksi kivun hoitoon ja ehkäisyyn tulee kiinnittää erityisesti huomiota saattohoitopotilaita hoidettaessa. (Kamppari 2014, 30.) Mikkosen tutkimuksessa (2007, 46—48) tuli esiin, että omaisten arvioinnin mukaan yli puolella tutkimukseen osallistuneista Terhokodissa olevista saattohoitopotilaista (N=150) esiintyi vaikeaa kipua, suun kuivumista ja ruokahaluttomuutta. Tutkimuksessa kävi ilmi omaisten huomanneen, että vaikeaa ja kokonaisvaltaista uupumusta koki yli 80% potilasta. Tämän tutkimuksen mukaan potilaiden kipuoireita kyettiin hoitamaan ja lievittämään melko hyvin.

2.2.1 Fyysinen kipu

Kipu voidaan jakaa sen keston mukaan akuuttiin tai krooniseen kipuun. Saattohoidossa olevilla potilailla esiintyy usein kumpaakin muotoa. (Vainio ym. 2015, 47.) Akuutti kipu on äkillistä ja liittyy usein kudосvaurioon (Sand, Sjaastad, Haug, Bjålie & Toverud 2013, 152). Akuuttia kipua kuolevalle potilaalle voi aiheuttaa oireet kuten infektio, haava, ummetus sekä suun limakalvorikot (Vainio, ym. 2015, 32—33). Krooninen kipu on pitkäkestoista ja on kestänyt yli kuusi kuukautta. Silloin kudос- tai hermovaurion paraneminen on hidastunut. (Sand ym. 2013, 152—153.) Saattohoitoon päätyvistä potilaista lähes kaikki sairastavat jotakin kroonista sairautta, jolloin heillä usein ilmenee kroonisia kiputiloja sairauden laadusta riippuen (Kamppari 2014, 30). Karttusen (2012, 40) tutkimuksessa kävi ilmi, että krooninen kipu erityisesti tuki- ja liikuntaelimissä on erittäin pysyvää.

Kipu voidaan edelleen luokitella sen esiintymisen mukaan jatkuvaan, ajoittaiseen tai läpilyöntikipuun. Läpilyöntikipu tarkoittaa erityisiä kipukohtauksia, jotka menevät ohi ja ovat selvästi erotettavissa tavallisesta kroonisesta kivusta. Tällaisia kipukohtauksia esiin-

tyy erityisesti syöpää sairastavilla potilailla, mutta sitä voi liittyä myös muihin sairauksiin. (Syövän läpilyöntikipu 2013.) Läpilyöntikipu on voimakasta ja kestää yleensä noin 30—60 minuuttia. 70—80%:lla loppuvaiheen syöpäpotilasta esiintyy tällaista kivun ”läpi” tulemista kipulääkityksestä huolimatta. (Kamppari 2014, 30.)

Kudosvauriokivussa eli nonsiseptiivisessä kivussa kipu välittyy kudoksissa aktivoituvien nonsiseptoreiden eli kipuhermopäätteiden kautta. Esimerkiksi potilaan syöpäkasvaimet voivat aiheuttaa tällaista kipua painamalla kipuherkkiin kudoksiin. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 155.) Luustometastaasit ja tulehdukset sekä kudoksen iskemia aiheuttavat tällaista paikallista kipua (Vainio 2015, 48). Kudosvauriokipua on myös viskeraalinen kipu eli sisäelinkipu, joka on vaikeammin paikannettavissa ja voi tuntua laajalla alueella sekä heijastua iholle (Kalso ym. 2009, 156). Sisäelinkivulle on tyypillistä autonomisten oireiden ilmaantuminen. Esimerkiksi hikoilu, kalpeus, pahoinvointi sekä pulssin ja verenpaineen muutokset voivat kertoa viskeraalisesta kivusta. (Kamppari 2014, 30.)

Neuropaattisen kivun aiheuttajana on hermovaurio. Kipu voi tuntua pistelynä, kohdan poltteluna tai puutumisena. Hermovaurio voi syntyä esimerkiksi diabeteksen seurauksena tai syövän nikamametastaasien aiheuttamana. Neuropaattiselle kivulle on ominaista huono vaste tavallisiin kipulääkkeisiin, joka tulee huomioida saattohoitopotilaan lääkitystä suunniteltaessa. (Kalso ym. 2009, 156.; Kamppari 2014, 30.; Vainio ym. 2015, 48.)

Idiopaattinen kipu on tuntemattomasta syystä johtuvaa kipua. Tällöin ei ole löydetty lääketieteellisten tutkimusten avulla mitään selittävää syytä kivulle, esimerkiksi kudosvauriota. Tällainen kipu tuntuu potilaasta yhtä todelliselta kuin vaurioon liittyvä kipu ja sitä ei tule vähätellä. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta on tärkeää, että hoitajat kuuntelevat ja uskovat potilaan kertomaa kivun kokemuksesta. (Vainio 2009, 38; Kamppari 2014, 30.)

Saattohoitopotilailla kipu on usein monimuotoista ja kivun syytä tai mekanismeita voi olla hankalaa paikantaa. Esimerkiksi syöpään liittyvä kipu on usein sekamuotoista, jossa voi olla mukana kudosvauriokipua, hermovauriokipua ja viskeraalista kipua. (Vainio ym. 2015, 46.) Potilas voi tuntea jonkin ongelman kipuna ja potilaan tuntemat epämuokavuudet lisäävät kärsimystä. Tätä kutsutaan kliiniseksi kivuksi, ja hankalaa onkin välillä erottaa fyysinen ja kliininen kipu toisistaan, sillä ne nivoutuvat usein yhteen. (Kamppari 2014, 30.)

2.2.2 Kivun kokemus

Fyysisen kivun kokemus on erilainen jokaisella potilaalla ja muodostuu esimerkiksi aiemmista kipukokemuksista ja ennakkokäsityksistä sekä peloista (Finne-Soveri 2015). Psykologi C. Richard Chapman on määritellyt kipua aistihavainnoksi, mutta ennen kaikkea voimakkaaksi negatiiviseksi tunnetilaksi, joka hallitsee ihmisen tietoisuutta (Vainio 2009, 15).

Kipua hoidettaessa tulisi muistaa, että kipukokemukseen kuuluu fyysisen kivun lisäksi myös sosiaalinen, psyykkinen sekä eksistentiaalinen ulottuvuus. Näistä syntyy niin sanottu kokonaiskivun käsite, joka saattohoitopotilaalla sulkee sisäänsä kaiken kärsimyksen ja sen synnyttämät tunteet, fyysisen kivun lisäksi. (Korhonen & Poukka, 2013.) Totaalinen kipu tarkoittaa sitä, kun kipu on osana kärsimystä, mutta kärsimystä tuo myös elämän epäjärjestys ja nöyryytys. Kuolemaa lähestyvien potilaiden kohdalla näkyy selkeimmin kivun ja kärsimyksen mitattavuuden vaikeus. (Kalso ym. 2009, 18.) Usein fyysistä kipua on helpoin ilmaista vaikkakin puolet kerrotusta kivusta voi johtua muista kärsimystä aiheuttavista asioista. Kuoleman lähestyessä oman elämän hallinta katoaa ja ihmisen keho hiljalleen lakkaa toimimasta. Ihmiselle voi aiheuttaa kivun lisäksi kärsimystä esimerkiksi pidätyskyvyttömyys ja epäesteettisyys, koska ne koetaan nöyryyttäviksi. (Vainio ym. 2015, 50—51.)

Korhonen ja Poukka (2013, 440,445) sisällyttävät psyykkiseen kärsimykseen vihan, masennuksen ja ahdistuneisuuden tunteet, jotka voivat kummuta monesta asiasta. He kertovat vihan tunteiden liittyvän esimerkiksi epäonnistuneisiin hoitoihin ja tyytymättömyyteen lääkäreihin tai hoitohenkilökuntaan. Masennus ja ahdistus taas voivat liittyä fyysisen kivun pelkoon, kuolemanpelkoon, huoleen tulevasta ja avuttomuuden tunteeseen. Sosiaaliset tilanteet voivat aiheuttaa potilaalle suurta huolta ja täten kärsimystä. Omaisten huolestuneisuus ja ahdistus kuoleman lähestyessä vaikuttaa myös potilaan mielentilaan. Lisäksi huonot perhesuhteet tai huoli perheen selviytymisestä potilaan kuoleman jälkeen voivat olla ahdistavia. (Vainio ym. 2015, 51.)

Elämän merkityksellisyyden kokemukset ja elämän arvojen pohtiminen usein korostuvat kuoleman lähestyessä ja käsittelemättömät asiat voivat aiheuttaa eksistentiaalista kärsimystä. Eksistentiaalinen kärsimys on olemassaolon pohtimisesta syntyvää kipua ja sitä voidaan kutsua myös henkiseksi kärsimykseksi. Ihminen alkaa kuoleman lähestyessä vääjäämättä miettimään mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Saattohoitopotilas voi pelätä esimerkiksi sitä, että hän lakkaa olemasta ja tulevaisuus on ennustamaton. (Vainio ym. 2015, 51.) Ahdistus kumpuaa minuuden menettämisen surusta, syyllisyydestä ja kysymyksistä, joihin ei ole vastausta. Kuolemaan liittyvää ahdistusta voi olla hoitajan vaikeaa ymmärtää ja sen kohtaaminen on haastavaa, erityisesti jos hoitaja ei ole käsitellyt itse oman elämän rajallisuutta ja tunteitaan. (Surakka ym. 2015, 90,96.) Henkiseen kärsimykseen liittyy tieto elämän rajallisuudesta ja oman elämän hallinnan menettämisestä. Ihmisestä tulee riippuvainen muiden avusta ja hän voi tuntea elämän menettävän merkityksensä. (Hänninen 2007, 2211.)

Saattohoitopotilaan voi olla myös vaikeaa hyväksyä kuolemaansa, erityisesti jos potilas on nuorempi aikuinen. Eräässä tutkimuksessa selvitettiin pitkälle edennyttä syöpää sairastavien potilaiden ajatuksia siitä, pystyvätkö he hyväksymään tulevan kuolemansa. Lähes 74% haastatelluista potilaista koki hyväksyvänsä seuraavan 6 kk sisällä tulevan kuoleman. Vajaat 10% koki kuitenkin suurta vaikeutta käsittää ja hyväksyä elämänsä rajallisuutta. Näistä ahdistuneista potilaista lähes kolmanneksella oli myös masennusta, epätoivon tunteita sekä he kokivat kärsivänsä. Näitä tunteita kokevilla oli yleensä pieni sosiaalinen verkosto ja he olivat nuorempia kuin hyväksyvämmin ajattelevat. (Thompson, Chochinov, Wilson, McPherson, Chary, O'Shea, Kuhl, Fainsinger, Gagnon & Macmillan 2009, 57,62.)

Kivun prosessointia aivoissa on tutkittu ja on selvää, että kognitiiviset tekijät kuten psyykkinen ja sosiaalinen kärsimys voivat lisätä ja aiheuttaa fyysistä kipua. Aivojen kipuverkosto on yhteydessä sympaattisen hermoston säätelyjärjestelmään, joten erilaiset tunteet ja mieliala vaikuttavat potilaan yksilölliseen kivun kokemiseen. (Vainio ym. 2015, 48—49.) Ympäristön vaikutuksia kivun kokemukseen ei voida myöskään unohtaa. Esimerkiksi iäkäs tai muistisairas potilas voi olla hyvin herkkä ympäristön muutokselle tai hoitopaikan vaihdolle. Potilas voi tuntea olonsa turvattomaksi ja pelokkaaksi vieraassa ja rauhattomassa ympäristössä, mikä lisää kivun kokemusta. Usein hoitolinjauksilla pyritäänkin jo ajoissa sulkemaan pois turhat siirrot ja sairaalareissut, jotta ympäristö pysyisi samana saattohoidon loppuun asti. (Lehtomäki, Grönlund, Anttonen & Agge 2008, 24.)

Saattohoitopotilaalla voi olla myös moninaisia sairauksiin ja kehon toimintojen hiipumiseen liittyviä oireita, joilla kaikilla on vaikutusta kivun kokemiseen, vaikka ne eivät suoraan fyysistä kipua aiheuttaisikaan. Potilaan ollessa pitkiä aikoja vuoteessa, on hänellä suuri riski saada painehaavauma. Hoitajien tulisikin vaihtaa liikkumattoman potilaan asentoa 2—4 tunnin välein. (Surakka ym. 2015, 40.) Mikkosen tutkimus (2007, 47) antaa viitteitä siitä, että ruokahaluttomuus on yksi saattohoitopotilaiden hankala oire. Tutkimuksessa 26% omaisista arvioi potilaiden ruokahaluttomuuden vain pahenevan oiretta helpottavasta hoidosta huolimatta. Tutkimuksessa pahoinvointi, suun kuivuminen ja ummetus koettiin myös hankaliksi oireiksi.

2.3. Kivun hoito osana saattohoitotyötä

Saattohoitopäätökseen tultaessa arvioidaan huolellisesti se, mistä hoitotoimenpiteistä on potilaalle hyötyä ja mikä taas aiheuttaa turhaa kärsimystä. Tässä vaiheessa tavoitteena on hoitaa ja lieventää oireenmukaisesti kipua sekä muita elämänlaatua heikentäviä tekijöitä, kuten fyysisiä ja henkisiä ongelmia. Potilasta hoidetaan kokonaisuutena pelkän sairauden sijaan. (Tasmuth ym. 2012, 452.)

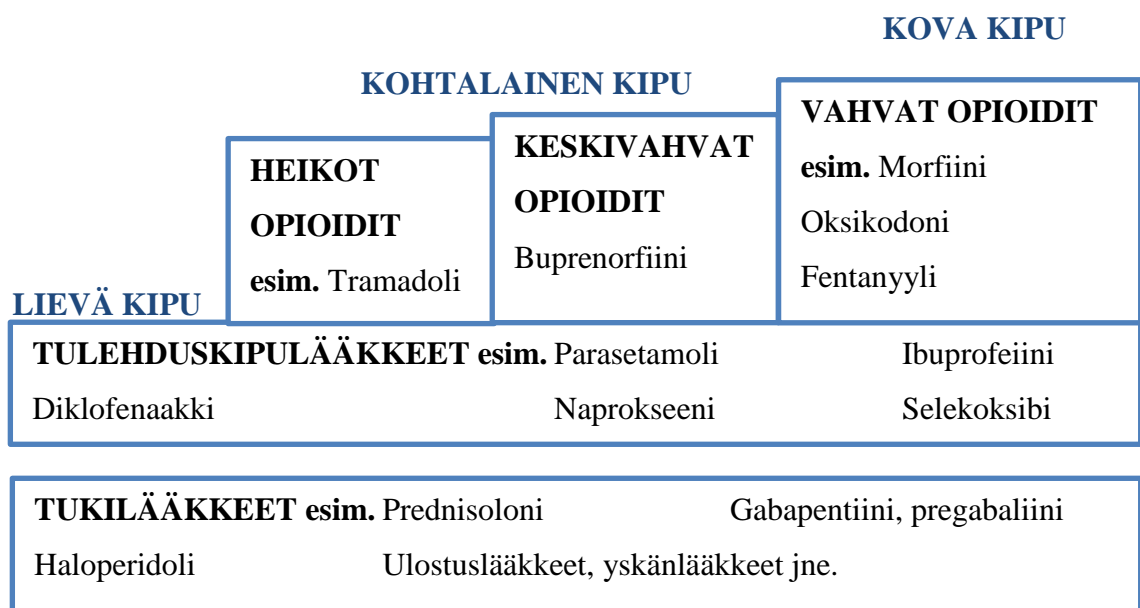
Eräässä tutkimuksessa todettiin asiantuntijoita haastatteleamalla, että saattohoitopotilaiden kivun hoidossa on kehittämisen kohteita. Tulosten mukaan henkilöstön kunnollinen koulutus ja perehdytys saattohoitopotilaiden kivun hoitoon vaatisi huomiota, niin julkisella kuin yksityiselläkin puolella. Ehdotuksena oli saattohoitopotilaan kivun hoidon yhteneväisten ohjeiden luominen hoitoyksiköihin. Kahdeksan vastaajaa kolmestakymmenestä sanoi kivunhoidon olevan ainakin melko huonoa omassa yksikössään. (Erjanti ym. 2014, 39, 45.)

Kipua ei voi hoitaa, jos ei sitä arvioida säännöllisesti ja kirjata kaikkea potilaan kipuun liittyvää. Kivun hoitoa itsessään voidaan toteuttaa lääkkeellisillä ja lääkkeettömillä menetelmillä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Kivun hoidon tavoitteena on saada parannetuksi kudosvaurio. Jos se ei ole mahdollista, niin tavoitellaan kivuttomuutta tai ainakin hallittua kipua, jonka kanssa on mahdollista tulla toimeen ja selviytyä. (Finne-Soveri 2015.)

2.3.1 Lääkkeellinen kivun hoito

Kuten kaikessa saattohoitopotilaan hoidossa, lääkityksen tavoitteena on olla oireenmukaista. Tässä elämänvaiheessa on tarkoituksenmukaista karsia pois kaikki lääkkeet, jotka eivät olennaisesti helpota saattohoitopotilaan oireita tai kipuja. Esimerkiksi sydän- ja diabeteslääkkeiden, rautalisän sekä antibioottien lopettaminen voi olla perusteltua elämän lopussa, jos niistä ei enää ole hyötyä. (Hänninen 2001, 30,33.)

Kivun lääkehoitoa toteutetaan sen mukaan, mistä kipu johtuu. Saattohoitopotilailla on useita erilaisia kipuja ja lääkityksillä erilaisia vaikutuskohteita. WHO on laatinut kivunhoidon yleiset periaatteet, joita noudatetaan myös kuolevan hoidossa. Periaatteiden mukaan tulee lääkityksen olla säännöllistä, lääkitystä suunniteltaessa tulee varautua tarvittaessa annettaviin lääkkeisiin läpilyöntikipua varten ja lääkehoidossa tulee käyttää WHO:n kivunhoidon porrastettua mallia. (Hänninen 2003, 87,88.) Kivunhoidon porrastetun mallin mukaan kipulääkkeitä annostellaan kivun voimakkuuden perusteella.



KUVIO 3. WHO:n suositus syöpäkivun porrastetusta hoidosta (Kamppari 2014, 36, muokattu).

Lievää kipua hoidetaan tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla. Niiden ollessa riittämättömiä otetaan rinnalle jokin opioidi. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, & Uski-Tallqvist 2014, 109; Kamppari 2014, 36—37.) Heikoista opioideista

voi olla apua lievemmissä kivussa, mutta yleensä saattohoidossa aloitetaan suoraan vahvasta opioidista tulehduskipulääkkeen rinnalla (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 385,392). WHO:n mallin mukaan voidaan lisäksi käyttää myös tukilääkkeitä, jotka vaikuttavat kipulääkkeiden sivuvaikutuksiin tai voimistavat kipulääkkeiden tehoa (Ahonen ym. 2014, 109).

Tulehduskipulääkkeet eli anti-inflammatoriset lääkkeet sekä parasetamoli ovat käyttökelpoisia saattohoitopotilaan kivun hoidossa. Tulehduskipulääkkeillä on sekä kipua lievittävä, että tulehdusta ehkäisevä vaikutus. (Hänninen 2003, 91; Kamppari 2014, 36—37.) Yksi tavallisimmista tulehduskipulääkkeiden haittavaikutuksista on ruoansulatuskanavan oireet, kuten verenvuodot ja haavaumat (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 110,113). Tulehduskipulääkkeiden käyttöä tulee myös tarkoin harkita iäkkäillä, dehydraatiosta tai munuaisten vajaatoiminnasta kärsivillä saattohoitopotilailla. Tulehduskipulääkkeiden käyttö yhdessä opioidien kanssa voi vähentää opioidien tarvetta ja yhteiskäytöllä on erityisen hyvä teho luustometastaasikipuihin. (Hänninen 2003, 92.)

Tehokkaimpia käytössä olevia kipulääkkeitä ovat opioidit. Heikkovaikuttaisia opioideja on esimerkiksi kodeiini ja tramadoli. Buprenorfiini on keskivahva opioidi ja vahvoja opioideja ovat morfiini, metadoni, fentanyl sekä oksikodoni. (Ahonen ym. 2014, 109.) Opioidit ovat erityisen tehokkaita syövän aiheuttaman jatkuvan kivun sekä läpilyöntikivun hoidossa, mutta ne ovat hyviä myös muiden vaikeiden kipujen hoidossa. Opiaattien käyttö aloitetaan aina heikommasta vahvuudesta ja pienemmästä annoksesta, jota sitten pikkuhiljaa nostetaan toimivalle tasolle haittavaikutusten minimoimiseksi. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Heiskanen (2013) kertoo ongelmana opioidien käytössä olevan haittavaikutukset, joita ovat muun muassa ummetus, pahoinvointi ja sekavuus. Haittavaikutukset lisäävät potilaan kärsimystä, ja tämä tekijä on arvioitava tarkkaan jo valmiiksi kuolemansairaalla ihmisellä (Finne-Soveri 2015). Jopa 80% opioideja käyttävistä potilaista kärsii ummetuksesta ja sen ehkäisyyn tulee kiinnittää erityistä huomiota (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008).

Erittäin käyttökelpoinen lääkkeen annostelureitti saattohoitopotilailla on ihonalainen kipulääkeinfuusio eli kipupumppu. Tässä potilaalle annostellaan jatkuvana infuusiona kipulääkettä ja sekoituksessa voi olla mukana myös esimerkiksi pahoinvoinnin estolääkettä tai rauhoittavaa lääkettä. (Hallenbeck 2003, 61—62; Kamppari 2014, 38.) Tämä annos-

telureitti on erityisen hyvä, jos potilaalla on nielemisvaikeuksia, pahoinvointia, tajuttomuutta tai imeytymisvaikeuksia. Infuusiopumpulla annosteltuna lääkkeen vaikutus on tasainen ja välttyään jatkuvalta kipulääkkeen injektoinnilta lihakseen, mikä aiheuttaa potilaalle lisää kipua. Yleisesti käytettävät seokset infuusiopumpussa ovat esimerkiksi morfiinin ja haloperidolin sekoitus sekä lisäksi metoklopramidia pahoinvointiin. (Hänninen 2003, 51,53.) Potilas pystyy myös itse annostelevaan kipulääkitystä kipupumpun kautta. Tätä kutsutaan PCA-menetelmäksi eli Patient Controlled Analgesia. (Salanterä ym. 2006, 137.)

Saattohoitopotilaan kivunhoidossa korostuu askeleen edellä oleminen. (Kamppari 2014, 38.) Myös saattohoitopotilaan muiden kärsimystä aiheuttavien oireiden hoitoa voidaan toteuttaa lääkkeellisesti. Esimerkiksi ummetusta hoidetaan ulostetta pehmentävillä lääkkeillä ja hengenahdistusta voidaan lievittää inhaloitavilla keuhkoputkia laajentavilla lääkkeillä tai nesteenpoistolääkkeillä. (Hallenbeck 2003, 90, 102.)

2.3.2 Lääkkeetön kivun hoito

Lääkkeetön kivunhoito on yhtä tärkeää kuin lääkkeellinen hoito ja niitä käytetään usein rinnakkain. Lääkkeettömiä menetelmiä ovat kaikki potilaan oloa helpottavat toiminnot. (Lääkkeetön kivunhoito nd.) Tärkeintä on siis saada saattohoitopotilaan olo mahdollisimman mukavaksi. Tämä tarkoittaa sitä, että lähellä kuolemaa kaikki ylimääräinen epämu-kavuutta aiheuttava toiminta lopetetaan. Esimerkiksi vitaalielintoimintojen mittaaminen ei ole välttämättä enää tärkeää, laboratoriokokeiden ottaminen voidaan usein lopettaa ja potilasta ei tarvitse viedä suihkuun, vaan pienet pesut olon helpottumiseksi riittävät. Saattohoitopotilaalla hyvä suun hoito on tärkeää ja kuivan sekä kipeän suun kostutus ovat myös lääkkeetöntä oireiden hoitoa. (Freeman 2015, 7.) Myös esimerkiksi kuuma- tai kylmähaude kipeään paikkaan ja hyvä asentohoito ovat lääkkeettömiä hoitomenetelmiä, jotka voivat helpottaa potilaan oloa. (Lääkkeetön kivunhoito.)

Kivun kokemiseen liittyy myös vahvasti saattohoitopotilaan mielentila ja ahdistuneisuus, joten henkisen kivun hoito on yhtä tärkeää kuin fyysisten oireiden hoito. Kuuntelu, myötätunto ja tuen osoittaminen ovat tärkeitä saattohoitotyön osasia. Potilaalle voi riittää pelkkä läsnäolo ja ihmisenä kohtaaminen. (Heiskanen ym. 2013.) Saattohoitopotilaan levottomuuteen voi auttaa rauhallinen ympäristö, omaisten läsnäolon mahdollistaminen,

potilaan lempimusiikki ja tuttujen esineiden tuominen huoneeseen. (Freeman 2015, 8.) Hävölän, Kylmän ja Rantasen (2015, 143—144) tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat erityisen vaikeana toivottomuuteen ja katkeruuteen käpertyneen saattohoitopotilaan kohtaamisen. Hoitajat toivoivat lisää välineitä joilla vahvistaa näiden potilaiden toivoa. Tutkimuksessa saattohoitopotilaat kertoivat ammentavansa toivoa hyvästä eletystä elämästään, jälkipolvestaan sekä elämänkaaren muistelemisesta. Läheisillä todettiin olevan tärkeä rooli potilaan toivon vahvistamisessa ja hyvän henkisen voinnin ylläpitämisessä. Saattohoitopotilaan läheisten huomiointi ja tukeminen auttavat siis myös potilasta. Freeman (2015, 38—39) toteaa, että läheisille tulisi antaa totuudenmukaista tietoa kuoleman prosessista sekä tarjota myötätuntoa ja aikaa kysymyksille. Suomalaisessa tutkimuksessa haastateltiin saattohoitopotilaiden omaisia, jotka toivoivat kehitettävän hoitotyötä niin, että hoitajilla olisi tarpeeksi aikaa keskusteluun, välittämiseen ja toiveiden kuulemiselle. (Erjanti ym. 2014, 51.)

2.4. Saattohoitopotilaan kivun arviointi

Saattohoitopotilas on itse oman kipunsa paras asiantuntija (Kamppari 2014, 31). Kipu on fysiologinen ilmiö, mutta siihen vaikuttaa vahvasti yksilön oma kokemus kivusta. Näin ollen kivun mittaaminen eroaa suuresti esimerkiksi verensokerin mittaamisesta. Kivun mittaamiseen ja arviointiin on monta erilaista menetelmää, jotka perustuvat ihmisen omaan kokemukseen kivustaan. (Vainio 2009.) Tietyissä tilanteissa, kuten huonokuntoisilla saattohoitopotilailla, potilaalla ei ole aina mahdollista ilmaista omaa näkemystä kivustaan. Lähtökohtaisesti kivun syy etsitään, mutta sekään ei aina ole mahdollista. Kipua tulee silti tunnistaa ja arvioida säännöllisesti. (Salanterä ym. 2006, 75.)

Ensisijaisesti kipua arvioidaan sanallisesti. Saattohoitopotilasta kannustetaan kommunikointiin ja häntä haastatellaan muun muassa kivun laadusta ja sijainnista sekä hänelle tulisi ohjata erilaisia kivunhoidon vaihtoehtoja. (Mann & Carr 2009, 29-30.) Potilaan tarkka haastattelu on tärkeää. Hän voi kuvailla kipua esimerkiksi pistäväksi, polttavaksi, tylpäksi tai teräväksi. Kivun kestossa on merkittävää tietää kivun alkamisajankohta sekä kivun ilmeneminen eri toiminnoissa. Kipu saattaa esimerkiksi olla voimakkaampaa iltaihin kuin aamuisin, tai kipu saattaa helpottaa levossa. (Salanterä ym. 2006, 83.)

Kivun arviointiin ja mittaamiseen on kehitetty myös erilaisia apuvälineitä. Kipumittarin valintaan vaikuttaa mittarin luotettavuus ja potilaan oma mieltymys (Salanterä ym. 2006, 83; Mann & Carr 2009, 35.) Mann ja Carr (2009, 28) kertovat kipumittarin käytön hyötyjä olevan muun muassa potilaan aktiivinen rooli kivun hoidossa sekä väärinymmärrysten väheneminen. Heidän mukaansa kipumittarit oikeinkäytettynä antavat myös tietoa kivun hoidon vaikuttavuudesta.

Visuaalianalogiasteikko (VAS) on jana, jonka toisessa päässä numero 0 kuvaa tilaa, jolloin potilaalla ei ole kipuja ja toisessa päässä 10, joka on pahin mahdollinen kipu. VAS toimii myös kipukiilana, jossa on nouseva kiila kivun mukaan. Kipua voidaan myös mitata kasvoasteikolla (FPS eli facial pain scale), jossa saattohoitopotilas näyttää omaa kiputilannetta kuvaavaa kasvokuvaa. (Saattohoito 2011-2012; Kamppari 2014, 31.)

Moniulotteisissa kipumittareissa selvitetään kivun voimakkuuden lisäksi kivun sijainti. Tätä varten käytetään usein kuvaa ihmiskehosta, johon potilas merkitsee kipualueet. Moniulotteisessa mittarissa selvitetään myös kivun laatua kipusanojen avulla. Kipu voi olla esimerkiksi polttavaa tai raastavaa. Tässäkin on kuitenkin huomioitava potilaiden yksilöllisyys, esimerkiksi kipu, joka on toisen mielestä raastavaa, saattaa toisen tuntemuksen mukaan olla polttavaa. (Salanterä ym. 2006, 87-89.)

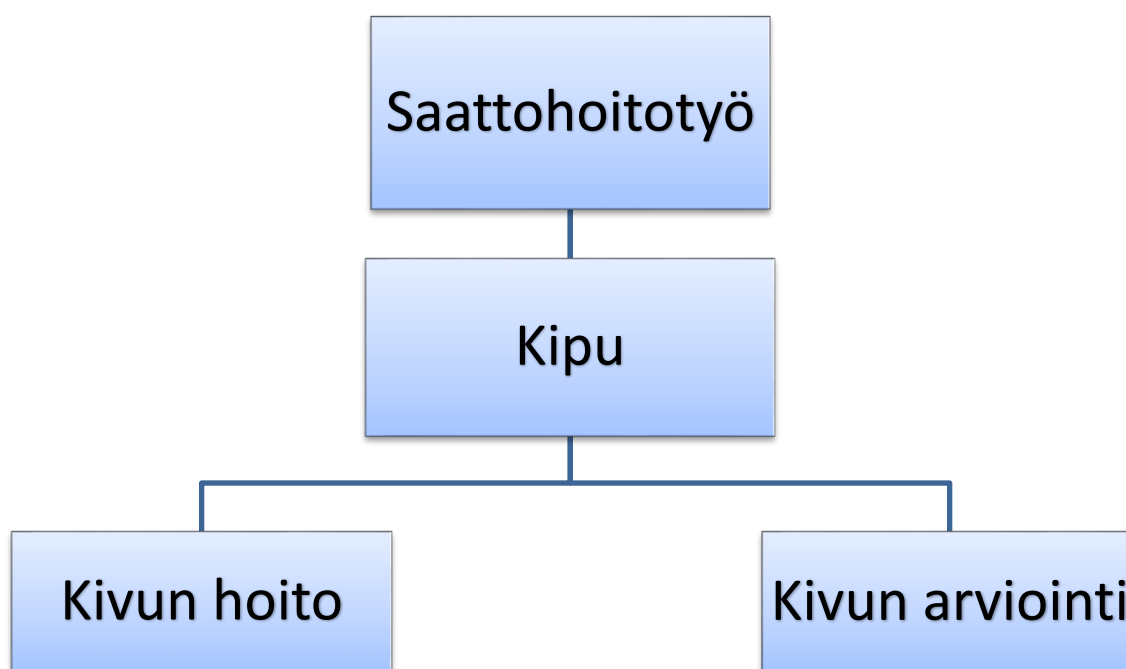
Kivun arviointiin on kehitetty myös erilaisia havainnointimittareita, jossa kivun arviointi perustuu määrättyihin kriteereihin. CNPI (Checklist of Non-Verbal Pain Indicators) mittarissa havainnoidaan kuutta eri osa-aluetta (levottomuus, ääntely, valittaminen, kipualueen hierominen, tuen tarve sekä kasvojen ilmeet). Mittaria on testattu leikkauksenjälkeisessä kivun arvioinnissa dementoituneilla iäkkäillä, ja sitä voisi hyödyntää myös saattohoitopotilaiden hoidossa. Havainnointimittareita on kehitteillä useita, mutta niiden käyttöä on vielä testattava syvemmin. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 15.)

Kivun tunnistamisen lähtökohtana on jokaisen ihmisen subjektiivinen kokemus kivusta. Joskus kipu kuitenkin joudutaan tunnistamaan ja havainnoimaan muulla tavoin. (Salanterä ym. 2006, 75.) Kipua voidaan arvioida sanattomalla viestinnällä. Esimerkiksi juuri saattohoitopotilaat eivät aina kykene hyödyntämään kipumittareita, joten kivun arviointi on riippuvainen hoitohenkilökunnasta ja heidän osaamisestaan. (Saattohoito 2011-2012.)

Kipua voidaan myös arvioida tarkkailemalla saattohoitolaan käyttäytymistä. Kivusta viestittää muun muassa hermostuneisuus, kehon suojaaminen, liikkumattomuus sekä jännittynyt vartalo. Kasvojen ilmeet, kyyneleet, kehon asento sekä potilaan raajojen liikkeet ovat tarkkailun kohteina. (Salanterä ym. 2006, 76—77; Mann & Carr 2009, 30.) Myös saattohoitopotilaan käyttäytymisen muutos voi kertoa kivusta, kuten aggressiivisuus, sekavuus, ruokahaluttomuus ja masentuneisuus. (Saattohoito 2011-2012.) Fysiologisia merkkejä kivusta on esimerkiksi kohonnut syke ja verenpaine, hengityksen tihtyminen sekä diureesin eli virtsantulon hidastuminen. Peruselintoimintoihin voi kuitenkin vaikuttaa muutkin tekijät kuin kipu kuten saattohoitopotilaan sairaudet, lääkitys sekä hoitoympäristö. (Salanterä ym. 2006, 75—76.)

Potilastietoihin tulee kirjata säännöllisesti kivun tunnistaminen, sen hoito ja hoidon vaikutus. Potilaalta pyritään arvioimaan kivun sijainti, laatu ja voimakkuus. Näiden lisäksi kirjataan annetut lääkkeet ja muiden auttamismenetelmien käyttö. Hoidon tuloksen arviointi on myös tärkeä osa kirjaamista, jotta tiedetään, onko hoito riittävää. Laadukasta ja yksilöllistä kivun hoitoa ei voi toteuttaa ilman tarkkaa kirjaamista. (Sailo & Vartti 2000, 98—99; Salanterä ym. 2006, 105.)

2.5. Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista



KUVIO 4. Teoreettinen viitekehys

Teoreettisissa lähtökohdissa perehdyimme saattohoitotyöhön, saattohoitopotilaan fyysiseen kipuun sekä kivun kokemukseen, lääkkeelliseen ja lääkkeettömään kivun hoitoon sekä kivun arviointiin. Teoreettinen viitekehys rakentui näiden käsitteiden pohjalta.

Saattohoitotyössä on keskiössä potilaan kärsimysten lievittäminen ja oireiden helpottaminen. Saattohoidossa pyritään ottamaan huomioon sekä potilaan että omaisen toiveet. (Heikkinen ym. 2004, 20.) Tähän kuuluu tärkeänä osana lääkärin tekemä saattohoitopäätös, jonka oikea-aikaisuus on tärkeää (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008; Jyrkkiö & Hietanen 2015; Hänninen 2003, 21).

Saattohoitopotilaat kärsivät usein moniulotteisesta ja kokonaisvaltaisesta kivusta, joka voi olla fyysistä, psyykkistä sekä henkistä (Korhonen & Poukka, 2013). Kivun hoidossa olennaista on jatkuva ja katkeamaton kipulääkitys, jota on mahdollisimman helppo toteuttaa potilaan näkökulmasta (Hänninen 2003, 88). Lääkkeellisen kivun hoidon kanssa käsikädessä kulkee lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät. Tällaisia ovat esimerkiksi asentohoito ja miellyttävä hoitoympäristö. (Lääkkeetön kivunhoito.) Henkisen kärsimyksen hoitoon tulisi myös kiinnittää huomiota vahvistamalla potilaan toivoa kuuntelemalla potilasta sekä olemalla potilaalle läsnä (Heiskanen ym. 2013).

Kipua tulisi arvioida ensisijaisesti sanallisesti, ja kivun arvioinnin avuksi on kehitetty myös erilaisia mittareita (Salanterä ym. 2006, 83; Mann & Carr 2009, 29,35). Saattohoitopotilaan voi olla vaikea ilmaista kipuaan sanallisesti, ja silloin kipua on tärkeä arvioida ulkoisten merkkien perusteella. Kivusta kertovia merkkejä ovat muun muassa sekavuus ja hengityksen tihtentyminen. (Salanterä ym. 2006, 76—77; Mann & Carr 2009, 30.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia saattohoitotyöstä sekä saattohoitopotilaiden kivun hoidosta.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Miten hoitajat kokevat saattohoitopotilaan kivun hoidon?
2. Millä eri tavoin saattohoitopotilaan kipua arvioidaan?
3. Mitä kokemuksia hoitajilla on saattohoitotyön toteuttamisesta?

Tavoitteena on lisätä tietoa kivun hoidosta ja arvioinnista saattohoitopotilailla. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa perusterveydenhuollon käyttöön saattohoitotyöstä, kivun hoidosta ja arvioinnista saattohoitopotilailla, jota voidaan käyttää yksikön hoitotyön kehittämisessä.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1. Laadullinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, sillä kiinnostus suuntautui hoitajien subjektiivisiin kokemuksiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus onkin kuvata todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkitut kokemukset ovat ainutlaatuisia ja niitä ei voi yleistää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137, 160.)

Laadullinen tutkimus tutkii ihmisten uskomuksia, asenteita sekä käyttäytymistä. Siinä korostuu ihmisten näkemysten, kokemusten sekä tulkintojen kuvaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 65—66.) Laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ihmislähtöisistä tapahtumista kuten ajatuksista, toiminnasta ja päämääristä (Vilkkä 2015, 118). Vilkkä (2015, 118) yksinkertaistaa laadullisessa tutkimuksessa tarkasteltavan ihmisten sosiaalista maailmaa.

Laadullinen tutkimus sopii tutkimustavaksi, jos halutaan tutkia jo olemassa olevaa tutkimusaluetta, mutta siihen halutaan saada uusi näkökulma. Laadullisessa tutkimuksessa ei myöskään pyritä yleistettävyyteen, kuten kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 66—67.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tavoitteena ei ole totuuden kuvaaminen. Sen tavoitteena on kuvata muun muassa ihmisen toimintaa tulkintojen avulla. (Vilkkä 2015, 120.) Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2015, 74—75) nostavat esille hoitotyössä olevan monia herkkiä aiheita, joita on parempi tutkia laadullisella menetelmällä. Tämän opinnäytetyön aihe on myös melko sensitiivinen ja laadullinen tutkimustapa on hyvä menetelmä tutkia hoitajien näkemyksiä haastatteleamalla heitä saattohoitopotilaiden kivunhoidosta.

4.2. Aineiston keruu

Haastattelussa tutkija on suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. Yhtenä etuna haastattelussa on se, että haastateltava saa tuoda itseään koskevia asioita esille. Haastateltava on tutkimuksessa merkityksiä luova ja aktiivinen osa. (Hirsjärvi ym. 2013,

204—205.) Tutkimuksen lähtökohtana oli tutkia hoitajien kokemuksia, joten aineiston keruu menetelmäksi valittiin haastattelut. Haastattelut toteutettiin avoimilla teemahaastatteluilla. Teemahaastattelussa käsitellään etukäteen valittuja aiheita ja teemoja, joihin vastaaja antaa oman kuvauksensa. Haastattelijalla on vastuu siitä, että haastateltava pysyy aiheessa ja asetetuissa teemoissa. (Vilkkä 2015, 126.) Suunnitelman liitteenä on teemahaastattelurunko (Liite 1.) Teemat ja ohjaavat sanat olivat valmiiksi tiedossa, mutta niiden järjestys ja kysymykset saattoivat muuttua.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Yksilöhaastatteluissa haastattelija on merkittävässä roolissa ja haastatteluissa on selvä jako haastattelijan ja vastaajan välillä (Alasuutari, 2011). Yksilöhaastattelussa muiden mielipiteet eivät vaikuta haastateltavan vastauksiin. Ryhmähaastattelussa keskustelu voi muuttua yksilöiden mukaan ja ryhmän paine voi estää haastateltavien yksilöllisten kokemusten esiin tulon. (Hirsjärvi ym. 2009, 211.)

Haastattelut järjestettiin terveyskeskuksen tiloissa ja molemmat haastattelijat olivat läsnä haastattelutilanteissa. Haastattelut nauhoitettiin ja lisäksi toinen haastattelija teki muistiinpanoja haastattelujen aikana. Haastattelujen jälkeen nauhat litteroitiin eli kirjoitettiin auki sanasta sanaan, jotta aineiston analyysi oli mahdollista. Litterointi on usein tarkoituksenmukaista laadullisessa tutkimuksessa (Hirsjärvi ym. 2013, 222). Haastattelujen auki kirjoittaminen on työläs vaihe, mutta se mahdollistaa tutkijan vuoropuhelun aineiston kanssa. Litterointi helpottaa myös seuraavaa työvaihetta, eli aineiston analyysiä. (Vilkkä 2015, 137.)

Haastateltaville asetettiin kriteereiksi vähintään vuoden työkokemus kyseiseltä osastolta. He saivat olla lähihoitajia tai sairaanhoitajia sekä vakituisia tai pitkäaikaisia sijaisia. Haimme lupaa haastatella 10—12:sta hoitajaa, mutta lopulliseksi haastateltujen määräksi tuli kahdeksan hoitajaa, joista kaksi olivat lähihoitajia ja kuusi sairaanhoitajia. Työelämäohjaaja valitsi osastolta sopivia haastateltavia, joille hän ehdotti osallistumista tutkimukseen. Haastatteluajkojen sopiminen toteutettiin työelämäohjaajan kautta ja haastattelut suoritettiin hoitajien työajalla. Haastattelut kestivät noin puoli tuntia.

4.3. Aineiston analyysi

Laadullista tutkimusta voidaan analysoida sisällön analyysin avulla. Sisällönanalyysissä kerätty tieto tiivistetään ja siitä pyritään luomaan selkeää ja yhtenäistä informaatiota. Sisällön analysointi voidaan jakaa aineistolähtöiseen, teorialähtöiseen sekä teoriaohjaavaan analysointiin. (Tiedon analysointi n.d.) Laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalyysi on aikaa vievä prosessi, sillä aineisto on usein runsas ja monitulkintainen. Tutkija ei aina pysty edes hyödyntämään kaikkea tutkimusmateriaalia. (Hirsjärvi ym. 2013, 225).

Käytimme opinnäytetyössämme aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa analysoinnissa edetään yksittäisistä havainnoista yleistyksiin. Tutkimuksen ja analyysin pääpaino on aineistossa ja tutkijan omat asenteet tai ennakkokäsitykset eivät saisi muuttaa tutkimustulosta. Täysi objektiivisuus on kuitenkin mahdotonta ja aineistopohjaisessa analyysissä tutkijan onkin tärkeää reflektoida tutkimuksen luotavuutta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aineiston analyysi aloitetaan litteroimalla haastattelunauhoja kirjoitetuksi tekstiksi. Kirjoitimme nauhoitetut haastattelut sanasta sanaan tekstiksi tietokoneelle, mitä aloimme sitten työstää. Alkuperäisaineistoa tuli 50 sivua litteroitua tekstiä. Kävimme aineiston läpi lukemalla sen useaan kertaan, jotta yleiskäsitys aineistosta syntyi. Tämän jälkeen aloimme poimia aineistosta alkuperäisilmaisuja, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme ja tämän jälkeen alkoi pelkistysten tekeminen. Aineistopohjaisessa sisällönanalyysissä alkuperäisilmaisut pelkistetään tutkimuskysymysten pohjalta. Pelkistyksessä aineistosta karsitaan epäolennaisuudet ja säilytetään tutkimuksen kannalta tärkeä informaatio. (Vilkkä 2015, 163—164.) Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä. (Taulukko 1.)

<i>”Ihmisillä on paljon niinku selvittämättömiä asioita, mitä ne haluaa lopuksi tehdä ennenku he kuolee ja ihmissuhteissa saattaa olla ongelmia”</i>	Potilailla voi olla paljon selvittämättömiä asioita, joita he haluavat lopuksi tehdä ennen kuolemaa ja heidän ihmissuhteissaan saattaa olla ongelmia.
--	---

<i>”Toisinaan laahaa perässä, sillai et niitä saa niinkun soitella sitten jopa päivystäviltä perään”</i>	Toisinaan lääkemääräykset eivät ole ajan tasalla ja hoitajat joutuvat soittamaan lisämääräyksiä päivystävältä lääkäriltä.
<i>”Meidän lääkärit on niin hyviä, että ne ottaa meidät todesta, että jos pyydetään lisää kipulääkettä ni kyl sitä tulee”</i>	Lääkärit osastolla ovat hyviä ja ottavat hoitajat todesta, jos he pyytävät lisäkipulääkettä potilaalle.

TAULUKKO 1. Esimerkkejä alkuperäisilmausten pelkistämisestä

Pelkistämisen jälkeen aineistoa ryhmitellään alaluokkiin, ja tätä ryhmittelyä jatketaan yläluokkiin sekä pääluokkiin asti (Vilkkä 2015, 163—164). Aloimme yhdistellä pelkistettyjä ilmauksia samankaltaisuuksien mukaan ja ryhmät nimettiin alaluokkiin samankaltaisten teemojen mukaisesti. (Taulukko 2.)

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Saattohoitopotilaat saattavat olla todella kivuliaita	Potilas monimuotoisen kivun kärsijänä
Kipu on hyvin yksilöllistä	
Kipua on monenlaista, mutta se voi olla vain henkistäkin	
Kipu voi olla fyysistä, psyykkistä tai henkistä	
Potilaat voivat olla levottomia ja ahdistuneita	Kuolema potilaan ahdistuksen aiheuttajana
Kuolema voi olla hyvin tuskallinen	
Syöpä aiheuttaa monenlaista kipua	Sairaudet kivun aiheuttajana
Taustalla olevat sairaudet tulee huomioida	
Annetaan mielummin lääkettä turhaan kuin annetaan potilaan kärsiä kivusta	Hoitaja kivunhoidon toteuttajana
Kivunhoitoon on kiinnitetty enemmän huomiota ja tuntuisi olevan hyvällä tasolla	
Lääke pitäisi viedä viiveettä potilaalle	

TAULUKKO 2. Alaluokkien muodostuminen

Seuraavaksi alaluokkia yhdistettiin yhteisten teemojen mukaan edelleen yläluokiksi ja ne nimettiin ryhmää parhaiten kuvaavalla nimellä. (Taulukko 3.) Lopuksi yläluokista syntyi kolme pääluokkaa, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Opinnäytetyön lopussa on liitteenä esimerkki, jossa on kuvattu analyysin kulku pelkistetyistä ilmauksista pääluokkaan asti.

Alaluokka	Yläluokka
Potilas monimuotoisen kivun kärsijänä	Potilas kokonaisvaltaisen kivun kokijana
Kuolema potilaan ahdistuksen aiheuttajana	
Potilas henkisen kivun kärsijänä	
Sairaudet kivun aiheuttajina	
Hyvät lääkemääräykset kivun hoidon edistäjinä	Lääkkeellinen kivunhoito saattohoitopotilaan apuna
Hoitaja kivun hoidon toteuttajana	
Kipupumppu kivunhoidon helpottajana	
Koulutus kipupumpun käytön helpottajana	
Hoitaja potilaan oireiden helpottajana	Kärsimyksen lievittäminen keskeisenä tekijänä
Hoitaja lääkkeettömän kivunhoidon toteuttajana	
Ulkopuoliset auttamistahot potilaan tukijana	
Hoitajien resurssit potilaan henkisen kärsimyksen tukijana	
Hoitajan läsnäolo potilaan henkisen kärsimyksen lievittäjänä	
Hoitaja erilaisen kivun tunnistajana	

TAULUKKO 3. Yläluokkien muodostuminen

5 TULOKSET

Tutkimuskysymyksemme käsittelivät kivun hoitoa, kivun arviointia sekä saattohoitotyötä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistosta nousi kolme pääluokkaa: kokemuksia saattohoitotyöstä, kivunhoitotyö ja kivun arviointi. Saamamme tulokset vastasivat hyvin tutkimuskysymyksiimme.

Haastatellut hoitajat työskentelivät eräällä terveyskeskuksen vuodeosastolla ja osasto oli jaettu moduuleihin. Hoitajat vaihtoivat työskentelymoduulia jaksoittain. Saattohoitopotilaan hoitoon liittyen osastolla oli valmisteltu työryhmässä kattavaa ohjeistusta ja toimintamallia, mutta haastattelujen aikaan tätä ei oltu vielä julkaistu. Haastatelluista hoitajista osa oli käynyt osaston saattohoitovastaavan pitämässä päivän pituisessa koulutuksessa, jossa oli käsitelty saattohoitotyötä sekä saattohoitopotilaan kivunhoitoa.

Osastolla hoidettiin viime vuonna 88 saattohoitopotilasta ja saattohoitopotilaiden hoitoaika osastolla on useimmiten muutamasta päivästä pariin viikkoon. Yleisin saattohoitoon johtanut syy osastolla oli viime vuonna pitkälle edennyt syöpä ja saattohoitopotilaat olivat useimmiten 50—80 vuotiaita.

5.1. Kokemuksia saattohoitotyöstä

Haastatteluissa tuli ilmi saattohoitopäätöksen selvä vaikutus hoitoyöhön. Niissä selvisi, että hoitajat kokivat saattohoitopäätöksen tulevan yksikössä usein myöhässä. Jokaisessa haastattelussa nousi esille tarve aikaisemmalle saattohoitopäätökselle, joka myös osaltaan auttaisi hoitajien työtä. Hoitajat kuitenkin tunnistivat saattohoitopäätöksen tekemisen vaikeuden lääkärin näkökulmasta, ja kokivat, että hoitajat näkevät tarpeen saattohoitopäätökselle ennen lääkäriä. Hoitajat toivoisivatkin lääkäreille lisää koulutusta saattohoitopäätöksen tekemiseen.

”...täällä ne tulee aina jälkijunassa jotenki, että lääkäreille se tuntuu olevan kauheen iso kynnyskin ehkä. Itte aattelis että saattohoito voisi alkaa, mutta se on sitä puljaamista usein.”

Hoitajat näkivät saattohoitopotilaan sekä hänen omaistensa tarpeen saattohoitopäätökselle. Heistä päätöksen odottelu tuottaisi kärsimystä sekä potilaalle, että omaiselle ja pidemmässä saattohoidossa potilas ja omaiset kykenisivät paremmin sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. Potilaan omaiset kuitenkin saattavat osaltaan vaikeuttaa ja pitkittää saattohoitopäätöksen tekemistä, ja hoitajien mielestä saattohoitopäätöksen tekemisen pitäisikin olla enemmän keskusteleva tilanne.

Tärkeäksi osa-alueeksi nousi myös potilaiden yksilöllisyys ja mahdollisuudet vaikuttaa omaan hoitoonsa. Hoitajien näkökulmasta saattohoitopotilas pääsee vaikuttamaan oman hoitonsa suunnitteluun hyvin. Jos potilas on hyväkuntoinen sekä jaksaa esittää toiveitaan, niitä kuunnellaan ja ne pyritään mahdollisuuksien mukaan täyttämään. Potilas, joka on ennalta suunnitellut omaa hoitoaan, esimerkiksi hoitotahdon avulla, pääsee parhaiten vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Hoitajat kokivat lääkäreiden ottavan potilaan ja omaisen hyvin mukaan hoidon suunnitteluun myös hoitoneuvotteluissa. Tajuttoman potilaan hoidon koettiin usein olevan omaisten, sekä hoitajien tulkinnan varassa.

”...ne jotka on päässy siihen mukaan jo aikasemmin, että on pystytty ennalta jo miettiin ne, niin kyllä ne minusta tosi mukavasti on sitte menny, että ne saa ihan oikeestaan päättää ihan mitä vaan.”

Hoitajat pitivät saattohoitopotilaiden toiveiden huomioimista tärkeänä. He pyrkivät järjestämään hoitoympäristön potilaan toiveiden mukaan. Potilaalle järjestetään mahdollisuuksien mukaan yhden hengen huone, jonne hän saa tuoda omia tavaroitaan. Potilaalle mahdollistetaan myös kotona käyminen saattohoidon aikana.

Haastatteluista nousi esiin omahoitajuuden vaikutukset saattohoitotyön toteuttamiselle. Lähes kaikki haastateltavat kokivat omahoitajuuden tärkeänä saattohoitopotilaan hoitotyössä. Osan mielestä omahoitajuus ei kuitenkaan toimi yksikössä työaikojen, sekä osaston moduulikierron vuoksi. Osa oli kuitenkin sitä mieltä, että omahoitajuus yksikössä toimii hyvin ja moduulijaossa otetaan huomioon saattohoitopotilaan omahoitajuus. Eräs hoitaja vieraili saattohoitopotilaan luona, vaikka hoitaja oli eri moduulissa töissä. Hän koki tämän tärkeäksi ja oli saanut siitä myös omaisilta myöhemmin kiitosta.

Saattohoitopotilaan kohtaaminen synnytti haastateltujen keskuudessa hyvin erilaisia tunteita. Lähes kaikki hoitajat pitivät saattohoitoa mielekkäänä työnä ja osa heistä piti sitä myös haastavana. He myös kokivat sen olevan välillä raskasta. Hoitajat kokivat, että potilaalle oli usein helpottavaa kuolla ja päästä pois kärsimyksistään, vaikka kuoleminen onkin surullista. Jotkut saattohoidot koettiin raskaaksi, sillä hoitajalla oli tunne, ettei pysty auttamaan tarpeeksi. Hoitajat nostivat esille kiireen vaikutuksen saattohoitopotilaan hoitoon. He kokivat, että saattohoitopotilaan huoneessa menee aikaa ja siellä pitää olla kiirettömän oloisena, vaikka osastolla olisikin kiirettä.

Erityisosaamisen hyödyntäminen korostui osastolla saattohoitotyössä. Yksikössä toimi nimetty saattohoitovastaava, joka oli koulutukseltaan sairaanhoitaja, mutta oli käynyt lisäkoulutuksen saattohoitopotilaan hoidosta. Saattohoitovastaava toimi osastolla potilaan sekä omaisten tukena ja hoitajien äänitorvena. Sekä hoitajat, että lääkärit käyttivät saattohoitovastaavan erikoisosaamista hankalissa tilanteissa. Hoitajat myös kokivat saavansa tukea ja apua saattohoitoon liittyvissä tilanteissa.

”Kyllähän me kaikki tietysti jutellaan ja tälleen, mutta usein se saattohoitovastaava on käyny näitten kanssa juttelemassa. Ja muutenki, onhan sillä hirveen laaja tietotaito siitä, että mielellään kyllä hyödyntää.”

Haastatteluissa yhdeksi tärkeäksi osa-alueeksi nousi saattohoitopotilaiden omaiset. Heidät koettiin niin voimavarana kuin haasteenakin. Hoitajat pitivät potilaiden läheisiä hyvinä tiedonlähteinä, sillä heidän koettiin tuntevan kuitenkin potilaan ja hänen eleensä parhaiten. Kaikki pitivät omaisten tukemista tärkeänä, sillä hyvinvoiva omainen jaksaa myös tukea potilasta. Hoitajat korostivat, että saattohoitopotilaiden omaiset voivat usein kaivata jopa enemmän hoitoa kuin potilas itse. Omaiset huomioitiin hoitajien mukaan hyvin. Omaisille voidaan viedä lisäsänky potilaan huoneeseen ja järjestää ruokailu osastolla. Hoitajat pitivät myös tärkeänä hoidon avoimutta. Omaisille kerrotaan potilaan lääkkeistä ja heidän kanssaan keskustellaan nesteytykseen ja ravitsemukseen liittyvistä asioista.

”Jos omaiset on kovin ahdistuneita, nii se voi tarttua potilaaseenki.”

Omaisten kohtaamiseen hoitajat kuvailivat kuuluvan monenlaisia tunteita. Osa koki omaisten kohtaamisen olevan pääsääntöisesti helppoa, mutta ääripäitäkin löytyy. Omais-

ten koettiin purkavan hoitajiin pahaa oloaan, luopumisen tuskaa ja käsittelemättömiä asioita. Joskus osa hoitajista oli kohdannut myös aggressiivistakin käyttäytymistä. Omaisten tunnepurkausten vastaanottamisen ajateltiin kuitenkin kuuluvan työnkuvaan ja yleensä omaiset olivat kuitenkin tyytyväisiä hoitoon.

”Ei niinku hoideta pelkkää potilasta, vaan myös koko perhettä.”

5.2. Kivunhoitotyö ja kivun kokemus

Saattohoitopotilaan kivun kokonaisvaltaisuus oli hoitajien mielestä tärkeä tekijä potilaan kivun kokemuksessa. Hoitajat kokivat, että saattohoitopotilaan kipua voi olla vaikeaa määritellä, sillä se on aina yksilöllistä ja se voi olla niin fyysistä, psyykkistä kuin henkistäkin. Usein potilaat voivat olla hyvin kivuliaita johtuen sairaudesta sekä samalla myös levottomia ja henkisesti ahdistuneita. Hoitajat ajattelivat, että henkiseen kipuun voi vaikuttaa se, kuinka sinut potilas on sairautensa ja lähestyvän kuoleman kanssa. Kokemusten mukaan potilailla on myös usein selvittämättömiä asioita, jotka aiheuttavat kärsimystä kuoleman lähestyessä. Henkisen kivun ajateltiin pahentavan myös fyysisen kivun kokemusta, jolloin kivun kokonaisvaltaisuus saattohoitopotilailla korostuu. Fyysisen ja henkisen kivun rajaa pidettiin hankalana tunnistaa ja henkisen kivun uskottiin usein piiloutuvan fyysisen kivun taakse.

” Oon nähny niin tuskasia kuolemia ja mä toivoisin, että mun ei tarvis enää ikinä sellasta nähdä.”

Haastattelujen perusteella lääkkeellinen kivunhoito nähtiin tärkeänä osana kivun lievitystä ja se toteutui osastolla hoitajien ja lääkärien yhteistyönä. Hoitajat kokivat kivunhoidon olevan pääsääntöisesti hyvällä tasolla yksikössään ja siihen on kiinnitetty huomiota viime vuosina. Lääkkeellisen kivunhoidon koettiin toteutuvan hyvin silloin, kun hoitajat huolehtivat kipulääkemääräyksien riittävydestä. Hoitajat informoivat lääkäreille kipulääkkeiden tarpeesta ja osaston lääkäreiden koettiin ottavan hyvin hoitajan pyynnöt todesta. Ongelmana pidettiin sitä, että lääkemääräykset eivät aina olleet ajan tasalla ja hoitajat joutuvat soittamaan päivystäville lääkäreille lääkemääräysten perässä. Kaikki hoitajat ajattelivat, että kipulääkettä pitäisi olla aina varalla, sillä on hoitajan näkökulmasta kurjaa jos potilaan kipu voimistuu ja hoitajalla ei ole varaa antaa lisää lääkettä. Hoitajien

mielestä saattohoitopotilaalle pitäisi viedä kipulääke aina viiveettä ja hoitajat antavat kipulääkettä ennemmin turhaan kuin antavat potilaan kärsiä kivusta.

”...sais olla saattohoitopotilaalla semmonen liukuva se, et ne määräykset vois olla, vaikka nyt et saa antaa 2—8 milligrammaa, että vois niinku ite arvioida tarpeen.”

Kaikki hoitajat ottivat esille kipupumpun käytön, jonka toivottiin lisääntyvän. Sen koettiin helpottavan hoitotyötä, sillä kivuliaalle potilaalle voi joutua pistämään usein morfiinia, joka kuormittaa hoitajaa sekä aiheuttaa kipua potilaalle. Kipupumppua pidettiin hyvänä myös sen annosteleman tasaisen ja säännöllisen lääkityksen vuoksi. Hoitajilla oli kuitenkin myös ristiriitaisia ajatuksia kipupumpun käyttötaidoista ja osa piti sen käyttöä monimutkaisena. Ongelmaksi ajateltiin pumpun vähäinen käyttö, jolloin kaikkien hoitajien tietotaito ei pääse karttumaan.

”Kipupumppua sais vähä aikasemmin alkaa käyttää, et lääkärit määrää sen vähän liian myöhään.”

Saattohoitopotilaan kivunhoidossa tärkeänä pidettiin myös potilaan oireiden ja henkisen kärsimyksen hoitoa. Hoitajat kertoivat lievittävänsä oireita mielestään melko hyvin. Potilaiden oireita pyritään helpottamaan esimerkiksi tarjoamalla pahoinvoivalle potilaalle toiveruokia, antamalla happea ja toteuttamalla hyvää ihonhoitoa sekä perushoitoa. Lääkkeettömäksi kivunhoidoksi hoitajat kuvailivat erilaisia menetelmiä. Jotkut hoitajat kuvailivat pitävänsä potilasta kädestä ja silittävänsä, toiset taas pyrkivät luomaan miellyttävän ympäristön potilaalle. Potilaan toiveiden noudattaminen ja esimerkiksi kylmä- ja kuuma-pakkaus koettiin hyväksi. Hoitajat ajattelivat, että potilaan luottamus hoitajaan ja kaikkien tunteiden salliminen olivat tärkeitä tekijöitä henkisen kärsimyksen lievittämiselle.

”...se on myöskin huumorintajua, ei läheskään kaikki oo semmosta itkemistä ja itkun kuuntelua, vaan koko tunteitten kirjo.”

Henkisen kärsimyksen hoidosta hoitajilla oli eriäviä mielipiteitä ja kaikki edellytykset eivät aina toteutuneet. Hoitajat kokivat, että henkisen kärsimyksen hoito vaatisi aitoa läsnäoloa ja kuuntelemista, mutta tähän ei valitettavasti useinkaan hoitajilla ole aikaa. Hoitajat kokivat ikäväksi sen, että he eivät aina ehdi hoitaa potilaita niin kuin mielestään

kuuluisi. Hoitajilla oli erilaisia henkisiä ja hengellisiä valmiuksia, mutta suurin osa hoitajista kuitenkin koki osaavansa keskustella kuolevan potilaan kanssa.

”...ihan ne tarpeelliset käännöt ja hoidot tehdään, mutta ei oo aikaa läsnäololle.”

Haastateltavat nostivat esille, että potilasta kohdellaan hienovaraisesti ja potilaalle ei pakoteta uskonnollisuutta. Luottamuksen syntymiseen kuvattiin tarvittavan pidempää hoitosuhdetta ja tämä vaatisi jonkinlaista omahoitajuutta, joka ei yksikössä aina ollut mahdollista. Erilaisia auttamistahoja pidettiin hyvänä apuna henkisen kärsimyksen hoidossa. Vapaaehtoistyöntekijöitä sekä seurakunnan pappeja tarjottiin potilaille usein keskusteluavuksi. Psykiatrisen hoitajan saamista paikalle pidettiin hankalana.

”Me ollaan otettu ylimääräinen istuun vierelle, jos on niin paha semmonen henkinen ahdistus...”

Haastatteluissa osa hoitajista toi esille myös saattohoitopotilaan kivunhoitoon liittyviä kehityshaasteita. Lähes kaikki hoitajat olivat sitä mieltä, että koulutusta pitäisi järjestää lisää. Hoitajat kaipasivat laaja-alaisempaa koulutusta niin saattohoitopotilaiden hoitoon kuin kivun hoitoon ja arviointiinkin. Lisäkoulutuksen koettiin olevan aina hyväksi, sillä lääkkeet ja hoitomuodot kehittyvät jatkuvasti. Hoitajat toivoivat lisää koulutusta myös lääkäreille, sillä heidän kokemuksen mukaan hyvän saattohoitokoulutuksen käyneet lääkärit määräsivät kipulääkkeitä huomattavasti monipuolisemmin. Koulutuksia pitäisi myös olla mahdollista hyödyntää käytännössä.

Kirjaaminen yksikössä koettiin vaihtelevasti. Osa piti kivun kirjaamisen tasoa hyvänä tai riittävänä, mutta moni toi esille myös kehitettävää. Kivun kuvailu sanallisesti, millaista se on tai missä se sijaitsee, oli osan mielestä puutteellista. Kirjauksien sisältö oli kuvailun mukaan hoitajakohtaista ja kaikilla oli erilainen tapa määritellä esimerkiksi kivun voimakkuutta sanallisesti. Yhtenäistä käytäntöä kivun kirjaamiselle ei yksikössä ollut.

”Se vähä riippuu hoitajista, et kyllä jotkut kirjaa, että onko kivulias tai levoton, mutta aina välttämättä kaikki ei tee sitä.”

5.3. Kivun arviointi yksikössä

Haastattelujen perusteella kivun arviointi toteutui hoitotyössä hyvin pitkälti hoitajien kykyjen perusteella. Kaikki hoitajat kuvailivat luottavansa kivun arvioinnissa omaan havainnointikykyynsä ja vaistoihinsa. Hoitajat arvioivat kipua potilaan ulkoisesti näyttämistä merkeistä, kuten ilmeistä, eleistä, ruumiin liikkeistä, levottomuudesta, ääntelystä sekä hengityksen ja pulssin muutoksista. Hoitajat kokivat tunnistavansa kivun yleensä hyvin. He kuvailivat usein käyttävänsä kokemuksen tuomaa ”kuudetta aistia” kivun tunnistamisessa. Potilailta myös kysyttiin kivusta, mutta usein kokemus oli kuitenkin se, että saattohoitopotilaat ovat iäkkäitä ja huonokuntoisia, joten heiltä ei sanallinen kivun ilmaisu aina onnistu.

” Oon kyllä aika hyvin tunnistanut, et mä annan vaikka ennakkoonkin sitä kipulääkettä, että sen verran on tuntosarvet aina koholla.”

Suurin osa hoitajista ei käyttänyt kivun arvioinnin apuna minkäänlaisia mittareita. Hoitajat kokivat sen osaston heikkoudeksi ja ajattelivat, että mittareista kuitenkin olisi hyötyä joissain tilanteissa. Kaikille hoitajille oli tuttu VAS -asteikko ja osa kertoi sitä joskus käyttäneensä, mutta muut mittarit eivät olleet tuttuja hoitajille.

”Ei mun mielestä oo oikeestaan kenelläkään mittareita käytössä, että arvioidaan vaan onko kipeä.”

Laadukas kivun arviointi vaatisi hoitajien mukaan tarpeeksi aikaa, jotta potilaita ehtisi seurata useammin ja kokonaisvaltaisempi kipujen kartoitus olisi mahdollista. Kipujen arviointia edistäisi myös potilaan tunteminen. Jos potilasta on hoitanut pidemmän aikaa, niin hoitaja tietää mikä on potilaalle ominaista käytöstä ja mikä ei. Hoitajat toivat myös esiin, että jos potilas tuntee hoitajan ja luottaa tähän, kertoo hän todennäköisemmin ki-
vuistaan.

”Mitä enempi ja paremmin sä tunnet sen potilaan, niin sitä helpompi on arvioida.”

Hoitajat toivat myös esiin, että kivun arvioinnista yhteisesti sovitut pelisäännöt, esimerkiksi VAS -asteikon käytöstä, voisi edistää kivun arvioinnin laatua. Hoitajat toivoivat

toimintamallia ja ohjeistuksia kivun arviointiin osastolla. Myös lisäkoulutus mittareiden käytöstä oli tervetullut.

6 POHDINTA

Tässä osiossa pohdimme saamiamme tuloksia ja vertailemme niitä aikaisempaan tutkimustietoon. Lisäksi pohdimme työn eettisyyttä ja luotettavuutta. Lopussa kerromme kehitysehdotuksia sekä pohdimme opinnäytetyömme prosessia.

6.1. Tulosten pohdinta

Haastattelujen perusteella saattohoitopäätöksen tekemisessä oli joissain tapauksissa ongelmia yksikössä. Hoitajat kokivat päätösten tulevan usein myöhässä, vaikka hoidon linjaaminen ajoissa auttaisi oireiden mukaisen hoidon toteuttamista, ja karsisi turhat toimenpiteet pois ajoissa. Samankaltaisia tuloksia oli saatu myös Erjannin ym. tutkimuksessa (2014, 39), sillä siinä suuri osa haastatelluista ammattilaisista ajatteli saattohoitopäätösten tekemisen olevan huonolla, tai hyvin huonolla tolalla. Johtopäätöksenä tästä Erjanti ym. (2014, 45) kirjoittivat, että saattohoitopäätösten tekeminen on nykyään riittämätöntä. Haastatteluissa tuli ilmi, että hoitajat ajattelivat saattohoitopäätöksen tekemisen olevan haastavaa lääkärille ja sen takia päätökset jäävät usein viime metreille.

Kampparin (2014, 14—15) teoksessa sanotaan, että päätöksentekoa ei pitäisi pitkittää, koska jos saattohoitopäätös tehdään liian myöhään, niin se häiritsee omaisten ja potilaan mahdollisuutta valmistautua kuolemaan sekä potilaan oireiden lievitystä. Samanlaisia ajatuksia toivat esille myös haastatellut hoitajat. Heistä päätöksen odottelu voi tuottaa kärsimystä sekä potilaalle, että omaiselle ja he kykenisivät paremmin sopeutumaan lähestyvään kuolemaan, jos päätös olisi tehty ajoissa. Hoitajat toivat myös esille, että omaiset saattavat osaltaan hankaloittaa saattohoitopäätöksen tekemistä, ja hoitajien mielestä saattohoitopäätöksen pitäisikin olla nykyistä enemmän keskusteleva tilanne. Myös Kampparin (2014, 15) teoksessa painotettiin, että hoitoneuvottelussa tarvitaan hyviä vuorovaikutustaitoja, aikaa sekä herkkyyttä keskustella vaikeista asioista.

Tulosten perusteella potilaiden itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä pidettiin tärkeänä. Hoitajat kokivat potilaiden saavan vaikuttaa omaan hoitoonsa esittämällä toiveitaan ja tekemällä hoitotahdon etukäteen. Toiveita toteutettiin muun muassa järjestämällä

ympäristöstä mukavampi esimerkiksi yhden hengen huoneella. Eräässä toisessa tutkimuksessa havaittiin, että saattohoitopotilaan toivoa lisääviä tekijöitä olivat esimerkiksi pienet iloa lisäävät asiat, kuten itselle mielekkäiden asioiden tekeminen, saunominen tai vielä kerran kotona käyminen. (Hävölä ym. 2015, 138.)

Knuutisen (2008, 26) tutkimuksen mukaan hoitosuhde omahoitajan ja kuolevan potilaan välillä on hyvän saattohoidon toteutusta parhaimmillaan. Tutkimuksessa havaittiin, että omahoitajuudessa muodostetaan keskusteleva yhteys, joka mahdollistaa potilaan arvon ja vapauden kunnioittamisen. Työssämme haastatellut hoitajat ymmärsivät omahoitajuuden olevan tärkeää niin saattohoitopotilaille kuin heidän omaisilleenkin. Sen koettiin myös helpottavan hoitotyötä. Tulokset omahoitajuuden toteutumisesta osastolla olivat kuitenkin ristiriitaisia. Osa kertoi omahoitajuuden toimivan hyvin ja osa taas kertoi sen olevan melkein mahdotonta järjestää. Tästä voisi päätellä hoitajien ymmärtävän omahoitajuuden toteutuksen eri tavoin. Voi olla, että osa koki saattohoitopotilaan omahoitajuuden olevan pidempiaikaista hoitoa, jossa samaa potilasta hoidetaan viikkoja tai kuukausia ja osa taas ymmärsi sen vuorokohtaisena omahoitajuutena.

Saattohoitopotilaan hoitaminen synnytti hoitajissa hyvin erilaisia tunteita. Toisaalta he pitivät sitä mielekkäänä työnä, mutta välillä se saattoi tuntua myös raskaalta ja surulliselta. On normaalia ja toivottavaakin, että hoitaminen herättää tunteita, sillä muutoin siitä voi muodostua rutiininomaista. Hoitajista ei kuitenkaan kukaan ottanut esille, että miten tunteita käsitellään tai onko osastolla mahdollisuutta käydä läpi raskaita saattohoitoja jälkikäteen. Kuten Surakka ym. (2015, 90) sanovat, saattohoidossa työskentelevän hoitajan rooli on olla tunneilmaisun asiantuntijana potilaalle, mutta se edellyttää työhyvinvointinsa vaalimista, työnohjausta ja kouluttautumista. Hoitajat kyllä kokivat saavansa tukea ja apua saattohoitoon liittyvissä tilanteissa osaston saattohoitovastaavalta.

Myös omaisten kohtaaminen synnytti hoitajissa tunteita, joista osa koettiin vaikeiksi. Omaiset saattoivat olla joskus ahdistuneita tai aggressiivisiäkin ja hoitajat kokivat omaisten tukemisen kuuluvan työhön. Vaskelainen (2008, 47, 49) selvitti tutkimuksessaan kuolevan potilaan omaisten tukemista hoidon aikana. Tutkimuksessa huomattiin, että omaisten tukemisprosessia haittaavia tekijöitä olivat esimerkiksi omaisten epäilykset hoidon oikeellisuudesta sekä yllättäen tullut kriisi. Tutkimuksen mukaan omaisten tukemista taas paransi esimerkiksi hoitajien ammattitaito, halu joustaa ja halu tukea toista ihmistä. Tutkimustuloksissamme löytyi samankaltaisuutta tähän, sillä hoitajat nostivat esille omaisten

huomioimisen esimerkiksi tuomalla lisäsänky potilaan huoneeseen tai omaisten ruokailun järjestämisellä osastolla. Hoidon avoimuutta korostettiin myös, jotta omaisen tietää hoidon tavoitteet ja epäilyksiä hoidon oikeellisuudesta ei pääse syntymään. Omaisen asian-tuntijuuden huomioon ottaminen potilaan hoidossa voidaan myös ajatella olevan omaista tukeva ja osallistava asia.

Tuloksissa tuli esiin, että saattohoitopotilaan kipua on vaikeaa määritellä, sillä se voi olla niin kokonaisvaltaista. Se voi olla fyysistä, johtuen sairaudesta ja oireista, tai se voi olla henkistä kärsimystä, johtuen epävarmuudesta kuoleman lähestyessä. Yleensä nämä vielä kietoutuvat yhteen pahentaen toinen toistaan. Surakka ym. (2015, 91) kuvailevat potilaan kärsimystä peloksi ja yksinäisyydeksi tuntemattoman kuoleman edessä. Tuloksiemme mukaan hoitajat ajattelivat, että potilaan luottamus hoitajaan ja kaikkien tunteiden salliminen olivat tärkeitä tekijöitä henkisen kärsimyksen lievittämiselle. Tärkeänä pidettiin myös läsnäoloa ja kuuntelemista, jolle ei kuitenkaan hoitajien mukaan useinkaan ollut tarpeeksi aikaa. Knuutinen (2008, 30) havaitsi tutkimuksessaan, että juuri potilaan tieto hoitajan saatavilla olemisesta ja mahdollisuudesta kuunnella ja keskustella olivat tärkeimpiä potilaan henkisen turvan luoja. Suurin osa haastattelemistamme hoitajista kuitenkin koki osaavansa keskustella kuolevan potilaan kanssa, jos siihen vain oli aikaa. Yksikössä hyödynnettiin paljon ulkopuolisia auttamistahoja, kuten pappia ja vapaaehtoistyöntekijöitä, ja heistä koettiin olevan hyötyä juuri läsnäolo- ja keskusteluapuna.

Oireiden mukainen hoito toteutui tulosten mukaan yksikössä hyvin. Potilaiden oloa pyrittiin helpottamaan hyvällä perushoidolla, toiveruoilla sekä kylmä- ja kuumahauteilla. Myös miellyttävä ympäristö ja kädestä pitäminen koettiin oireita helpottavana hoitona. Tulokset vahvistavat aiempia tutkimustuloksia siitä, että yksi tärkeimpiä saattohoidon osa-alueita on hyvä oireiden lievitys, ja usein saattohoitopotilaat ovat hyvinkin monioireisia (Mikkonen 2007, 67).

Lääkkeellinen kivunhoito oli myös yksi tärkeä osa saattohoitotyön toteuttamista. Tulosten mukaan kivunhoito oli hyvällä tasolla yksikössä, mutta se vaati hoitajilta ja lääkäreiltä saumatonta yhteistyötä. Hoitajat joutuivat kuitenkin välillä huolehtimaan lääkemääräysten ajantasaisuudesta ja riittävydestä tiedottamalla lääkäriä asiasta. Määräyksissä saisi myös hoitajien mielestä olla enemmän väljyyttä, jotta hoitajat voisivat itse käyttää harvintaa kivun kasvaessa, ja antaa lisää kipulääkettä. Hoitajat toivoivat koulutusta lääke-

reille, sillä saattohoitokoulutuksen käyneet lääkärit määräisivät heidän mielestään kipulääkkeitä huomattavasti monipuolisemmin. Kamppari (2014, 35) vahvistaa tämän kertomalla, että lääkärin tulisi aina ottaa huomioon lääkehoidon toteutettavuus sitä määrätessään, ja tämä edellyttää yhteistyötä ja moniammatillista huomiointia. Lääkäreiden toivottiin myös määräävän useammin ja aikaisemmassa vaiheessa kipupumpun kivun hoito menetelmäksi, sillä se helpottaisi niin hoitajan työtä, kuin potilaan lääkehoitoakin. Kipupumppu antaa tasaisen lääkeannoksen potilaalle, joten toistuvia morfiinipistoksia ei tarvita. Kamppari (2014, 38) kehuu kipupumppua hyväksi erityisesti pahoinvoivilla, kakektisilla ja nielemisvaikeudesta kärsivillä potilailla.

Kehityshaasteiksi kivunhoidossa nousi koulutuksien lisääminen kaikille saattohoitotyön osa-alueille. Hoitajat kokivat uuden tiedon kehittävän saattohoitopotilaan hoitoa, kun tietoisuus uusista hoitomuodoista ja lääkkeistä lisääntyy. Myös Erjanti ym. (2014, 45) tulivat tutkimuksensa perusteella johtopäätökseen, että saattohoitoa toteuttava henkilöstö vaatisi nykyistä parempaa perehdytystä ja koulutusta tehtäviinsä. Toinen kehityshaaste oli kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämässä osastolla. Hoitajat kuvailivat kirjaavansa eri asioita kivusta ja kirjaamistavat eivät olleet yhtenäisiä osaston sisällä.

Tulosten perusteella hoitajat tunnistavat kipua hyvin ja suurimmaksi osaksi he arvioivat kipua oman havainnointinsa sekä vaiston perusteella. Potilaan ulkoisesti näyttämät kivun merkit ja eleet sekä levottomuus olivat tärkeimpiä kivun merkkejä. Kivun merkkien havainnointi vaatii tarpeeksi aikaa olla potilas huoneessa ja hoitajat kokivat resurssien puutteen haittaavan kivun arviointia. Hoitajat kertoivat myös, että kaikki saattohoitopotilaat eivät kyenneet kertomaan itse kivuistaan. Samankaltaisia huomioita toi esiin myös Kamppari (2014, 32—33.) kertoessaan, että tällaisen potilaan kipua voidaan arvioida juuri kasvojen ilmeistä, ihon väristä, reaktioista, ärtyisyydestä tai sekavuudesta.

Kamppari (2014, 31.) puhuu myös kivun mittaamisesta VAS-asteikon avulla ja toteaa sen olevan hyvä ja yksinkertainen mittari käytettäväksi orientoituneilla aikuispotilailla, mutta hahmotushäiriöstä tai sekavuudesta kärsivälle potilaalle se ei sovellu. Tulosten mukaan hoitajat osastolla olivat tulleet samaan johtopäätökseen ja kipumittareiden käyttö olikin melko vähäistä osastolla. Kuitenkin mittareiden käytön lisäämistä pidettiin hyvänä ajatuksena. Tämä mahdollistuisi hoitajien lisäkoulutuksia järjestämällä sekä yhteisten toimintamallien kehittämällä.

6.2. Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että hoitajat toteuttavat laadukasta saattohoitotyötä ja heillä on paljon tietoa saattohoitopotilaiden hoidosta. Hoitajat ovat myös halukkaita kehittämään saattohoitopotilaiden hoitoa ja ovat halukkaita lisäämään tietoaan siitä. Tulosten perusteella lisäkoulutukset saattohoitotyöstä, kivun hoidosta ja arvioinnista olisivat tervetulleita niin hoitajille kuin lääkäreillekin. Hoitajille voitaisiin järjestää koulutusta muun muassa kipupumpun sekä arviointimittareiden käytöstä ja kivun hoidon menetelmistä. Tulosten mukaan taas lääkäreiden lisäkoulutus parantaisi heidän itsevarmuuttaan määrätä monipuolisemmin lääkkeitä, aloittaa kipupumpun käyttö aikaisemmin sekä tehdä saattohoitopäätöksiä aikaisemmassa vaiheessa. Myös sujuva yhteistyö lääkärin ja hoitajan välillä edistää laadukasta hoitotyötä, kun lääkärit kuuntelevat hoitajien arvioita potilaan tilasta. Tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa henkilökunnalle lisäkoulutuksia saattohoitopotilaan kivun hoitoon.

Tuloksissa tuli myös esiin, että pitkäaikaisemman omahoitajuuden kehittäminen helpotaisi myös hoitotyön toteuttamista. Saattohoitopotilas ja hänen omaisensa kaipaavat tuttua ja turvallista hoitajaa, johon syntyy luottamuksellinen suhde. Tällöin kivun arviointi onnistuu helpommin ja henkisen kärsimyksen hoitaminen helpottuu.

Hoitotyön resurssit vaikuttavat aina myös hoidon toteuttamiseen ja tulosten perusteella voidaan päätellä, että saattohoitotyötä toteuttava yksikkö tarvitsisi lisäresursseja, jotta saattohoitopotilaille voitaisiin taata mahdollisimman laadukas kuolema. Usein yksikkö ei itse voi vaikuttaa resursseihin tai hoitajamitoituksiin. Tietoisuutta on kuitenkin hyvä lisätä, sillä hoitotyölle tarvittaisiin lisää aikaa ja nykyisellään ei aika ole riittävää saattohoitopotilaan kaikkien tarpeiden tyydyttämiseen. Aikaa vaaditaan niin henkisen kärsimyksen hoitoon, läsnäoloon, kivun arviointiin kuin laadukkaaseen hoitoonkin.

Tutkimustulosten perusteella osastolle voisi kehittää yhtenäisen kivun arvioinnin ja kivun kirjaamisen toimintamallin. Arvioinnin avuksi yksikön voitaisiin tuoda erilaisia kivun arvioinnin mittareita, joista voisi olla apua erityisesti uusille työntekijöille, joille ei ole

syntynyt vielä kokemuksen tuomaa ”kuudetta aistia” kivun tunnistamiseen. Kivun kirjaamisen yhtenäistäminen vähentäisi sekaannuksia ja väärinymmärryksiä sekä selkeyttäisi potilaan tilannetta jo etukäteen vuoronvaihdon ja raportoinnin yhteydessä.

Jatkotutkimuksena saattohoitopotilaiden kivun hoitoa olisi mielenkiintoista ja tärkeää tutkia esimerkiksi potilaan omaisten näkökulmasta. Aiheeseen voisi myös mennä syvemmälle tutkimalla saattohoitopotilaan henkisen kärsimyksen kokemusta ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

6.3. Eettisyys ja luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyy uskottavuus, joka edellyttää tulosten selkeää kuvaamista, analyysin tarkkaa kuvausta ja tutkimusten heikkouksien pohtimista. Uskottavuudesta kertoo myös se, kuinka hyvin tutkijat ovat saaneet luokitukset kuvaamaan koko aineistoa. Aineistonanalyysin kulku tulee kuvata mahdollisimman tarkasti, jotta tutkimus on luotettava. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Olemme eritelleet aineiston analyysi -luvussa sisällönanalyysin kulun vaihe vaiheelta, ja olemme myös käyttäneet avuksemme opinnäytetyöohjaajan asiantuntemusta sisällönanalyysin toteuttamisessa. Olemme myös pohtineet luokitusten nimeämistä ja ryhmittelyä useaan kertaan, jotta koko aineisto tulee kattavasti luokiteltua. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan myös siirrettävyyden perusteella. Se tarkoittaa sitä, että tutkijan tulee selvittää perusteellisesti osallistujien valintakriteerit, tutkimuksen taustat ja konteksti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Olemme selvittäneet tulosten alussa tutkimuksen taustoja sekä selvittäneet osallistujien valintaprosessista. Luotettavuutta lisää myös suorien lainausten käyttö tulosten yhteydessä ja olemme pyrkineet pitämään lainaukset lyhyinä, jotta tulokset eivät jää niiden varjoon.

Tulosten luotettavuutta voi häiritä teemahaastatteluiden käyttäminen aineistonkeruun menetelmänä, koska haastattelun teemat päättää haastattelija ja hän myös määrää haastattelun suunnan. On myös mahdollista, että aineistosta tehdään virhepäätelmiä ja tulkitaan asiat väärin. (Kananen 2015, 340.) Olemme ottaneet huomioon virhepäätelmien mahdollisuuden ja luotettavuutta lisää se, että haastatteluissa olimme molemmat mukana haastattelutilanteissa. Siten olemme voineet yhdessä pohtia tulkinnanvaraisia asioita ja aineistosta nousevia kysymyksiä.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää todistusaineiston hakeminen tueksi omille päätelmille. Käytännössä eri lähteistä kerätään tietoa ja sitä vertaillaan opinnäytetyön tulosten kanssa, mitä enemmän samankaltaista tietoa saadaan kerättyä, sen varmemmin tutkija on tehnyt oikeita päätelmiä. (Kananen 2015, 354.) Olemme pohdinnassa vertailleet tuloksiamme aikaisempaan tutkimustietoon ja saaneet vahvistusta tulkintojemme oikeellisuudelle.

Opinnäytetyön aihe valikoitui oman kiinnostuksemme, sekä yksikön tarpeiden mukaan. Teoreettista tietoa haimme monesta eri tietokannasta ja käytimme luotettavia lähteitä. Luotettavuutta on arvioitu jatkuvasti lähteiden valinnassa, kuten lähteiden tuoreus, vertaisarviointi, yleisesti luotettavina pidetyt aineistot sekä olemme valinneet vain korkeamman asteen tutkimuksia. Olemme käyttäneet myös kansainvälisiä lähteitä. Jotta tiedon alkuperä on helppo tarkistaa, olemme merkinneet tekstiin lähdeviitteet ja sivunumerot tarkasti. Valmis opinnäytetyö lähetettiin plagioinnin tunnistusjärjestelmään, joka varmistaa plagioinnin mahdottomuuden.

Tutkimukselle asetetut eettiset vaatimukset on määritelty Helsingin julistuksessa jo vuonna 1964 ja niitä noudatetaan myös hoitotieteellisen tutkimuksen tekemisessä. Tärkeää on kunnioittaa tutkittavien autonomiaa ja heidän tulee tietoisesti suostua haastatteluun. Tutkijan tulee myös suojella tutkittavien yksityisyyttä kaikin keinoin. Tutkimuksen eettisyyttä tulee pohtia läpi koko tutkimuksen ja olla valmis puuttumaan eettisiin ongelmiin, joita saattaa tulla vastaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Ennen tutkimuksen aloittamista haimme tutkimuslupaa. Lupahakemuksessa oli mukana opinnäytetyön suunnitelma sekä tietoinen suostumuslomake (Liite 2.) Jokaiselta haastattavalta on erikseen pyydetty tietoinen suostumus haastattelun yhteydessä. Informoimme haastattelujen olevan vapaaehtoisia ja että osallistumisensa sai perua missä vaiheessa haastattelua tahansa. Haastattelut tehtiin hoitajien työaikana osastolta erillään olevassa rauhallisessa huoneessa. Haastateltavilta pyydettiin lupa haastattelun nauhoitukseen. Haastatteluissa kerätty materiaali ja nauhoitukset säilytettiin asianmukaisesti lukitussa paikassa sekä suojattuna ja tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyön tulokset esitettiin niin, että niistä ei voi päätellä vastaajien henkilöllisyyttä tai työskentelyosastoa. Suunnitelman yhteydessä sovittiin, että yksikön nimeä tai paikkakuntaa ei paljasteta lopullisessa työssä. Olemme myös pohtineet opinnäytetyön tarpeellisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Olemme todenneet

tutkimusaiheen olleen ajankohtainen ja tarpeellinen ja tutkimustarve oli lähtöisin työelämäyhteystaholta.

6.4. Opinnäytetyöprosessi

Aloitimme opinnäytetyön prosessin keväällä 2016 aihevalintaseminaarilla. Haluamamme aihepiiriin kuuluvaa aihetta ei ollut vapaiden opinnäytetyön aiheiden listalla, joten opinnäytetyöohjaajamme etsi meille aiheesta kiinnostuneen työelämäyhteyden. Halusimme tehdä tutkimuksen hoitajien kokemuksista kivun hoidossa, ja eräs terveyskeskus tarttui aiheeseemme. Heillä oli tarvetta tutkimukseen saattohoitopotilaiden kivusta, ja työelämäpalaverissa aiheemme tarkentui hoitajien kokemuksiin saattohoitopotilaiden kivun hoidosta. Tutkimusmenetelmäksi tarkentui laadullinen haastattelututkimus. Työelämäpalaverin jälkeen aloitimme opinnäytetyön suunnitelman tekemisen, joka valmistui huhtikuussa. Kevätlukukauden lopussa saimme tutkimusluvan työllemme.

Haastatteluja toteutimme elo-syyskuussa 2016, jonka jälkeen teimme sisällönanalyysin ja aloitimme tulosten kirjoittamisen. Syksyllä kirjoitimme myös opinnäytetyön teoriaosuutta ahkerasti. Opinnäytetyötä viimeistelimme vielä keväällä 2017. Sisällönanalyysi tuotti meille vaikeuksia, sillä meillä ei ollut mitään kokemusta analyysin tekemisestä. Saimme muutamaan kertaan ohjausta opinnäytetyön ohjaajaltamme ja opinnäytetyön seminaareissa. Myös opponenteiltamme saimme hyviä vinkkejä ja korjausehdotuksia työhömmme. Opinnäytetyöprosessi on mielestämme sujunut hyvin. Prosessi on ollut pitkä ja paikoin haastava, mutta hyvällä ajankäytön hallinnalla opinnäytetyö on edennyt hyvin loppuun asti.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2014. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino

Anttonen, M. S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Anttonen, M. S., Lehtimäki, S. & Murtonen I. 2011. Palliatiivisen hoitotyön asiantuntijuuden kriteerit. Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry.

European Association for Palliative Care. Päivitetty 17.2.2016. Luettu 3.12.2016. <http://www.eapcnet.eu/>

Erjanti, H., Anttonen, M. S., Grönlund, A. & Kiuru, S. (toim.) 2014. Palliatiivisen saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n, Fioca Oy:n & Suomen palliatiivisen Hoidon yhdistys ry:n julkaisu. Helsinki: Fioca Oy.

Finne-Soveri, H. 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälin ja salapoliisin sarkaa. SIC! lääketietoa Fimeasta 4/2015, 32-35.

Freeman, B. 2015. Compassionate Person-Centered Care for the Dying. An evidence-based Palliative Care Guide for Nurses. New York: Springer Publishing Company.

Hallenbeck, J L. 2003. Palliative care perspectives. 1.painos. New York: Oxford University Press.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 385-392.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. 1. painos. Jyväskylä: Duodecim.

Hänninen, J. 2003. Saattohoito. Saattopotilaan oireiden hoito. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio – viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Kat-saus. Duodecim 123/2007, 2207-2213.

Hävölä, H., Kylmä, J. & Rantanen, A. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede* 27 (2), 132-147.

Jyrkkiö, S. & Hietanen, P. 2015. Voisiko Suomessakin kuolla kotona? *Suomen lääkärilehti* 70 (9), 520.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. 3. painos. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim.

Kamppari, J. (toim.) 2014. Saattohoidon arki ja pyhä. Lahden diakonian instituutin julkaisu. Lahti: Esaprint Oy

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. JAMK Julkaisuja-sarja. Suomen yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karttunen, N. 2012. Pain, Persistence of Pain and Analgesic Use in Community-Dwelling Older Finns. University of Eastern Finland. Faculty of Health Sciences. Dissertation

Knuutinen, E. 2008. Suomalainen kotisaattohoito- hoitotyön näkökulma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu- tutkielma.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129 (4), 440-445.

Koivusalo, A-M. 2016. Kivuton sairaala 2015 -projektin tulokset. Suomen kivuntutkimusyhdistys. Luettu 18.8.2016. <http://skty.org/system/files/Kivuton%20sairaala%202015-projektin%20tulokset.pdf> .

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2008. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Luettu 28.3.2016. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>

Lehtomäki, S. Grönlund, E. Anttonen, M S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. 1.painos. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Lääkkeetön kivunhoito. Potilasohje. n.d. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Luettu 28.3.2016. <http://www.pkssk.fi/laakkeeton-kivunhoito>

Mann, E. & Carr, E. 2009. Pain. Creative approaches to effective management. 2. edition. England: Palgrave Macmillan.

Merskey, H. & Baranowski, A-P. (ed.) 2011. Pain Terms. A Current List with Definitions and Notes on Usage. International Association for the study of pain, IASP. http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/Classification-ofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf

- Mikkonen, M. 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6/2010.
- Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hotiotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Luettu 29.5.2016. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus
- Saastamoinen, T. 2012. Sairaahoitajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Saattohoito. Opas työntekijöille. 2011-2012. Silta toiselle rannalle - saattohoidon asiantuntijaverkosto. Lahden diakonian instituutti.
- Sairaahoitajan eettiset ohjeet. 1996. Suomen sairaahoitajaliitto.
- Sailo, E. & Varti, A-M. 2000. Kivunhoito. 1. painos. Tampere: Tammi.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf
- Sand, O., Sjaastad, O., Haug, E., Bjälle, JG., & Toverud, KC. 2013. Ihminen, fysiologia ja anatomia. 8.-10. painos. Helsinki: Sanomapro Oy.
- Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys ry. Päivitetty 2016. <http://www.sphy.fi/>
- Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Keuruu: Fioca Oy.
- Syöpäjärjestöt. Saattohoito. Luettu 3.12.2016. <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-jakuntoutus/saattohoito/>
- Syövän läpilyöntikipu. 2013. Opas. Lääkäriopas Fimea. https://www.fimea.fi/documents/160140/744738/28984_4_BrochBTCP_Lapilyontikipu_laakariopas_laakari_11.1.2013.pdf
- Tasmuth, T. Poukka, P. & Pöyhiä, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa? Finnerest 45 (5), 450-454.
- Tiedon analysointi. n.d. Verne. Liikenteen tutkimuskeskus. Luettu 29.5.2016. Tampere: Tampereen teknillinen yliopisto. <https://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>

Thompson, GN., Chochinov, HM., Wilson, KG., McPherson, CJ., Chary, S., O'Shea, FM., Kuhl, DR., Fainsinger, RL., Gagnon, PR. & Macmillan, KA. 2009. Prognostic acceptance and the wellbeing of patients receiving palliative care for cancer. *Journal of Clinical oncology* 27 (34), 5757-5762.

Vainio, A. 2009. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. 1. painos. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, A. Saarto, T. Hänninen, J. & Antikainen, R. (toim.) 2015. Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vaskelainen, U. 2008. Sairaanhoidajien näkemyksiä lyhytaikaishoidon aikana kuolevan potilaan omaisten tukemisesta terveystieteiden vuodeosastolla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus

LIITTEET

Liite 1. Haastattelun teemat

TEEMAT JA ALUSTAVAT KYSYMYKSET

1. SAATTOHOITOPOTILAS JA KIPU

- Saattohoitopotilaan kohtaaminen
- Saattohoitopotilaan omaisten kohtaaminen
- Saattohoitopäätös, ristiriidat
- Hoitajan kokemus kivusta, ristiriidat
- Potilaan oma osallistuminen hoitoon

2. KIVUN HOITO

- Lääkkeellinen, lääkkeetön
- Haittaavat tekijät kivunhoidossa
- Edistävät tekijät kivunhoidossa
- Kivun hoidon kirjaaminen
- Kehittäminen

3. KIVUN ARVIOINTI

- Erilaiset mittarit, osaston ohjeistus, niiden käyttö
- Muut arviointi keinot, koulutuksen tarve?
- Edistävät tekijät arvioinnissa
- Haittaavat tekijät arvioinnissa
- Osaaminen arvioinnissa
- Kehittäminen

**TIEDOTE
PÄIVÄMÄÄRÄ****Hyvä haastateltava!**

Pyydämme teitä osallistumaan opinnäytetyöhömme, jonka tarkoituksena on tutkia hoitajien kokemuksia kivun hoidosta ja arvioinnista saattohoitopotilailla terveyskeskuksen vuodeosastolla. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla 8—12:sta terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajaa. Haastateltavat ovat olleet töissä tämän terveyskeskuksen vuodeosastolla vähintään yhden vuoden ja he voivat olla sekä lähihoitajia, että sairaanhoitajia. Haastattelut tapahtuvat terveyskeskuksen tiloissa, erillisessä huoneessa. Haastattelut pidetään elo-syyskuussa 2016. Yhteen haastatteluun käytetään aikaa yksi tunti ja haastateltavia voi olla kaksi peräkkäin. Haastattelut tapahtuvat noin kello 13.30—15.30 välillä. Hoitajia haastatellaan heidän työajallaan. Haastattelut nauhoitetaan ja opinnäytetyön tekijät kirjoittavat nauhat puhtaaksi, jonka jälkeen nauhat hävitetään.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

(jatkuu)

2(3)

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyössä ei myöskään tule ilmi, missä terveyskeskuksessa tutkimus on tehty. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaamme mielellämme.

Leena Perälä
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
leena.perala@health.tamk.fi

Aura Toivola
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
aura.toivola@health.tamk.fi

**SUOSTUMUS****Hoitajien kokemukset kivun hoidosta ja arvioinnista saattohoitopotilailla terveyskeskuksen vuodeosastolla**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tutkia hoitajien kokemuksia kivun hoidosta ja arvioinnista saattohoitopotilailla terveyskeskuksen vuodeosastolla, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

_____.

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön**Suostumuksen vastaanottaja:****Haastateltavan allekirjoitus:****Nimen selvennys:****Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:****Nimen selvennys:**

Liite 3. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä

PELKISTETTY IL-MAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄ-LUOKKA
Näen kasvoista ja ruumiin liikkeistä onko kipua, siitä kuinka potilas elehtii	Hoitaja kivun eleistä arvioijana	Hoitaja ja potilas kivun tunnistamisen mahdollistajina	Kivun arviointi
Kokemuksen tuomaa arviointia	Hoitaja kivun tunnistamisen osajana		
Iäkkäät ihmiset eivät välttämättä osaa ilmaista sanallisesti kipua	Potilas kivun saattomana viestijänä		
Pulssi nousee ja hengitys tihentyy, mitattavia asioita	Potilaan elintoinnot kivun osoittajina		
Osastolla ei ole tapana käyttää kivun mittareita	Mittareiden käyttäjät osastolla vähemmistönä		
VAS-asteikko on helppo ymmärtää, koska siinä kysytään asteikolla yhdestä kymmeneen	Mittareiden hyöty tunnistettuna		
Ei ehdi päivän aikana seurata potilasta tarpeeksi	Aika kivun arvioinnin edistäjänä	Erilaiset tekijät kivun arvioinnin edistäjinä	
Laadukasta kivun arviointia edistää potilaan tunteminen	Potilaan tunteminen kivun arvioinnin apuna		